

**GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN  
LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSIS  
PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAP RSUD  
TENRIAWARU KAB. BONE TAHUN 2017**



**SKRIPSI**

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat  
Pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar

Oleh :

**NUR ALAM SYAM**  
**NIM : 70200113069**

**JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UIN ALAUDDIN MAKASSAR  
2017**

## PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul, "Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab.Bone Tahun 2017", yang disusun oleh Nur Alam Syam, NIM: 70200113069, mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang skripsi yang diselenggarakan pada hari Senin, 04 Desember 2017, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Makassar, 04 Desember 2017 M  
15 Rabiul Awal 1439 H

### DEWAN PENGUJI

Ketua : Dr. dr.H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc

(.....)

Sekretaris : Hasbi Ibrahim, SKM, M.Kes

(.....)

Pembimbing I : Dr. Sitti Raodhah, SKM., M.Kes

(.....)

Pembimbing II : Nurdyanah S, SKM., MPH

(.....)

Penguji I : Muhammad Rusmin, SKM., MARS

(.....)

Penguji II : Dr. H. A. Darussalam, M. Ag

(.....)

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu  
Kesehatan UIN Alauddin Makassar

Dr. dr.H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.  
NIP: 195502031983121001

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nur Alam Syam  
NIM : 70200113069  
Tempat/Tgl. Lahir : Watampone, 03 Juli 1995  
Jurusan/Konsentrasi : Kesehatan Masyarakat/Administrasi dan Kebijakan  
Kesehatan  
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Alamat : Jl. Sultan Alauddin 2, Kompleks BPD Lorong 5  
Judul : Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan  
Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-  
CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab.Bone  
Tahun 2017

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Samata-Gowa, 04 Desember 2017

Penyusun

Nur Alam Syam

NIM 70200113069

## KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah s.w.t. atas limpahan berkah, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga diberikan kesempatan, kesehatan serta kemampuan sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini yang berjudul **“Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab.Bone Tahun 2017”** sebagai bagian dari syarat dalam meraih gelar sarjana.

Salam dan Salawat semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad Salallahu Alaihi Wassalam, yang telah mengajarkan kepada manusia sifat kerendahan hati dan kesucian jiwa dalam meraih ilmu yang bermanfaat. Beliau lah yang memudahkan kita dalam mencontoh seperangkat nilai akhlak yang sempurna yang kemudian juga memotivasi penulis dalam meneliti hal ini.

Penulisan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat bagi mahasiswa program S1 pada program studi Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Penulis menyampaikan terimakasih kepada kedua orangtua saya, Ayahanda Syamsuddin M dan Ibunda Ramlah, kakak-kakak (Kak Darwis, Kak Agus, Kak Rahma, Kak Surya dan Kak Jannah) serta keluarga dekat lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu yang sangat saya cintai dan sayangi, selalu memotivasi dalam perjalanan hidup saya serta senantiasa membantu baik moril

maupun materil sehingga sedikit banyak juga turut mempengaruhi penyelesaian skripsi ini.

Selesainya skripsi ini juga tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Bapak Prof. Dr. Musafir Pabbabari, M.Si, selaku Rektor UIN Alauddin Makassar dan para Wakil Rektor I, II, III, dan IV
2. Bapak Dr. dr. Armyan Nurdin, M.Sc, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin dan Wakil Dekan I, II dan III.
3. Ibu Hj. Nurminah A Yusuf, MARS selaku Direktur RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone beserta jajaran yang telah membolehkan saya melakukan penelitian ditengah-tengah padatnya pelayanan kesehatan yang harus diberikan,
4. Semua informan yang terlibat dalam penelitian ini yang telah bersedia dimintai waktunya dan memberikan informasi-informasi yang penting sehingga memudahkan disusunnya skripsi ini, terkhusus kepada Ibu Hj. Rahmawati, SKM., M.Kes yang begitu banyak membantu peneliti dalam melakukan penelitian,



5. Hasbi Ibrahim, SKM., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat dan Azriful, SKM., M.Kes selaku Sekretaris Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
6. Ibu Dr. Sitti Raodhah, SKM, M.Kes dan Ibu Nurdyanah S, SKM., M.PH yang telah membimbing dengan penuh kesabaran dengan memberikan bimbingan, koreksi dan petunjuk dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Bapak Muh. Rusmin, SKM., MARS dan Bapak Dr. H. A. Darussalam, M.Ag selaku penguji kompetensi dan integrasi keislaman yang telah memberikan petunjuk dan koreksi dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang telah banyak menyumbangkan ilmu pengetahuannya.
9. Teman-teman angkatan 2013 (Dimension) yang tidak bisa disebutkan namanya satu persatu, teman-teman PBL Posko 7 (Tomo, Ayu, Imma, Ume, Puput, Riri dan Ria) serta rekan-rekan KKN Reguler Angkatan 53 Desa Pao, Kec.Tombolo Pao, Dusun Pattalassang (Kak Dewi, Ani, Hani, Abang Ikki, Kak Asdar, dan Wawan) yang selalu menginspirasi serta sahabat-sahabatku (Mute, Imah, Gusti, Linda, Ani, dan Windi) yang selalu bersama, memberi dukungan, dan membantu dalam segala hal.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis telah berupaya semaksimal mungkin agar dapat memenuhi harapan dari berbagai pihak, namun penulis menyadari bahwa tentunya masih ada kekurangan yang terdapat dalam penulisan penelitian ini, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat

membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap kiranya tugas akhir ini dapat berguna bagi seluruh pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya. Akhir kata, semoga Allah s.w.t memberikan balasan yang setimpal kepada semua pihak yang telah saya sebutkan diatas.

*Aamiin yaa robbal 'alaamiin*

Samata-Gowa, 04 Desember 2017

Penulis

**Nur Alam Syam**

NIM : 70200113069



## DAFTAR ISI

### HALAMAN JUDUL

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI .....	i
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
ABSTRAK .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1-13</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Fokus Penelitian dan Deskripsi Fokus .....	5
C. Rumusan Masalah .....	6
D. Kajian Pustaka.....	7
E. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	12
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>14-36</b>
A. Tinjauan Jaminan Kesehatan Nasional .....	14
1. Definisi JKN.....	14
2. Prinsip JKN .....	15
3. Manfaat JKN.....	17
4. Kepesertaan JKN .....	19
B. Tinjauan Pembiayaan Kesehatan .....	19
1. Definisi Pembiayaan Kesehatan .....	19



2. Definisi Sistem INA-CBGs. ....	22
3. Pengelompokan Tarif INA-CBGs .....	24
4. Manfaat Sistem Pembayaran INA-CBGs .....	27
C. Tinjauan Manajemen .....	28
1. Perencanaan ( <i>planning</i> ) .....	29
2. Pengorganisasian ( <i>organizing</i> ) .....	29
3. Pelaksanaan ( <i>actuating</i> ) .....	30
4. Pengawasan ( <i>controlling</i> ) .....	31
5. Evaluasi ( <i>evaluating</i> ) .....	31
D. Tinjauan Rumah Sakit .....	31
1. Definisi Rumah Sakit .....	31
2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit .....	33
E. Kerangka Teori .....	35
F. Kerangka Konsep Penelitian .....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>37-40</b>
A. Desain Penelitian .....	37
1. Jenis Penelitian .....	37
2. Pendekatan Penelitian .....	37
2. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	37
B. Informan Penelitian .....	38
C. Metode Pengumpulan Data .....	38
D. Instrumen Penelitian .....	39
E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	39
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>41-104</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	41

1. Sejarah .....	41
2. Visi .....	44
3. Misi.....	44
4. Ketenagakerjaan(Sumber Daya Manusia).....	45
5. Struktur Organisasi.....	47
6. Tugas dan Fungsi.....	49
7. Sarana dan Prasarana.....	51
8. Fasilitas dan Jam Pelayanan .....	53
B. Hasil Penelitian.....	56
1. Karakteristik Informan .....	56
2. Hasil Analisis Data.....	57
C. Pembahasan .....	81
D. Keterbatasan Penelitian .....	104
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>105-106</b>
A. Kesimpulan .....	105
B. Saran .....	106
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif.....	21
Tabel 2.2	Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif.....	22
Tabel 4.1	Perkembangan Ketenagakerjaan Berdasarkan Jenjang Pendidikan RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Boe Tahun 2014-2016....	45
Tabel 4.2	Luas Gedung Administrasi dan Pelayanan RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone.....	51
Tabel 4.3	Karakteristik Informan.....	57
Table 4.4	Daftar Pegawai Rekam Medis RSUD Tenriawaru Tahun 2017....	82



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Struktur Kode INA-CBGs .....	25
Gambar 2.2	Alur Entri Data <i>Software</i> INA-CBGs.....	28
Gambar 2.3	Kerangka Teori.....	35
Gambar 2.4	Kerangka Konsep .....	36
Gambar 4.1	Lokasi RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone .....	41
Gambar 4.2	Wilayah Jangkauan RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone .....	42
Gambar 4.3	Struktur Organisasi RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone .....	48
Gambar 4.4	Bagan Alur Pendaftaran Pasien Rawat Inap Status BPJS .....	70
Gambar 4.5	WiFi yang digunakan RSUD Tenriawaru .....	84
Gambar 4.6	Jenis Stavolt yang digunakan RSUD Tenriawaru .....	85
Gambar 4.7	Buku Panduan Koder (ICD-10 dan ICD-9).....	85
Gambar 4.8	Alur Pengumpulan Dokumen Rekam Medis Pasien ke Ruang Rekam Medik .....	94
Gambar 4.9	Pendapatan RSUD Tenriawaru .....	101
Gambar 4.10	Bagan Gambaran Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru.....	103

  
**ALAUDDIN**  
 MAKASSAR

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar
- Lampiran 2 Surat Izin Penelitian dari UPT-P2T, BKPMD Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Bone
- Lampiran 4 Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 5 Lembar Permohonan Kesediaan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Lembar Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Pedoman Wawancara
- Lampiran 8 Matriks Hasil Wawancara
- Lampiran 9 Lembar Observasi
- Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian



## ABSTRAK

**Nama : Nur Alam Syam**

**NIM : 70200113069**

**Judul : Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab.Bone Tahun 2017**

---

RSUD Tenriawaru menerapkan sistem *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) sebagai sistem pembayaran layanan kesehatan bagi pasien JKN-BPJS. Penelitian ini menggambarkan pelaksanaan sistem INA-CBGs di bagian rawat inap RSUD Tenriawaru. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *case study*. Pemilihan sampel menggunakan teknik *snowball sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem INA-CBGs yang diterapkan oleh rumah sakit meliputi proses (1) *planning* yaitu persiapan SDM, fasilitas, penyusunan strategis serta rencana anggaran; (2) *organizing* meliputi pembagian, pelatihan dan koordinasi antar pegawai; (3) *actuating* meliputi penentuan tarif INA-CBGs dan kendalanya; (4) *controlling* meliputi pembentukan tim verifikasi dan antifraud; (5) *evaluating* yaitu melihat kedisiplinan dokter mengisi rekam medis, melihat keuntungan dan kerugian rumah sakit. Secara keseluruhan pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru sudah berjalan cukup teratur dan efektif. Kedisiplinan dokter dalam mengisi rekam medis belum terealisasi dengan baik, sehingga menghambat prosedur penginputan data pasien. Perlu adanya pengecekan kembali kelengkapan dokumen rekam medis pasien oleh koder.

**Kata Kunci : Sistem Pembayaran layanan INA-CBGs, JKN-BPJS, RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone, POACE.**

**Daftar Pustaka : Berjumlah 33 referensi, tahun 1983 - tahun 2016**

ALAUDDIN  
MAKASSAR



## ABSTRACT

**Nama : Nur Alam Syam**

**NIM : 70200113069**

**Judul : A Description Of The Implementation Of Ina-Cbgs Health Services Payment System At The Inpatient Of Tenriawaru Regional Public Hospital Of Bone Regency In 2017**

---

Tenriawaru Regional Public Hospital implements an Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs) system as a health care payment system for JKN-BPJS patients. This study describes the implementation of INA-CBGs system at the inpatient ward of Tenriawaru Regional Public Hospital. The study is qualitative research with a case study approach. Snowball sampling technique is utilized in selecting the samples. The results of the study reveal that the INA-CBGs system applied by the hospital covers the process of (1) planning, namely human resource preparation, facilities, strategic arrangement and budget plan; (2) organizing includes division, training and coordination among employees; (3) actuating covers the determination of INA-CBGs fee and its constraints; (4) controlling includes the establishment of verification and antifraud teams; (5) evaluating is to observe the doctors' discipline to fill out the medical record, identify the profit and loss of the hospital. The overall implementation of INA-CBGs system at Tenriawaru Regional Public Hospital has been regularly and effectively running. The doctors' discipline in filling out the medical record has not been properly realized, thus it hampers the procedure of inputting the patients' data. It is necessary to recheck the completeness of the patients' medical record documents by the coder.

*Keywords : INA-CBGs service payment system, JKN-BPJS, Tenriawaru Regional Public Hospital of Bone Regency, POACE*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### ***A. Latar Belakang***

Kesehatan merupakan kebutuhan mendasar yang membuat manusia senantiasa menjaga kesehatannya. Salah satu upaya untuk mempertahankan kesehatan yaitu dengan mendapatkan pelayanan kesehatan dari instansi atau organisasi yang terkait, seperti rumah sakit, puskesmas, balai kesehatan, klinik dokter praktek dan sebagainya. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diinginkan, para pasien rela mengeluarkan biaya pelayanan yang sedemikian banyaknya. Menurut WHO (2010), rata-rata orang menghabiskan 5 hingga 10% dari pendapatan mereka untuk pembiayaan pelayanan kesehatan, sedangkan orang yang paling miskin dapat membelanjakan sepertiga pendapatannya. WHO (2010) juga mensinyalir 100 juta orang dapat menjadi miskin akibat membiayai pelayanan kesehatannya, dan 150 juta orang menghadapi kesulitan untuk membayar pelayanan kesehatan.

Di Amerika, dikenal hukum *the law of medical money* yaitu berapapun jumlah uang yang disediakan untuk pelayanan kesehatan akan habis, baik karena kebutuhan konsumen (pasien) maupun karena keinginan para penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan dana yang tersedia. Di Indonesia pun hampir serupa, pelayanan kesehatan massif bersifat konsumtif tanpa memperhatikan *cost effectiveness* dan *cost efficiency*. Sehingga biaya pelayanan kesehatan menjadi melambung (Sulastomo, 2007).

Untuk mengatasi hal itu, *World Health Assembly* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa mendorong setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta bagi seluruh penduduknya. Maka pemerintah Indonesia melaksanakannya melalui program Jaminan Kesehatan atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN dimulai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) (Thabrany, 2014). Selain itu, cakupan kesehatan semesta diwujudkan dengan visi Indonesia sehat 2020 yang dibangun atas dasar 3 (tiga) pilar, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat, dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, merata, dan terjangkau oleh seluruh masyarakat (Sulaeman, 2014). Keterjangkauan oleh seluruh masyarakat ini meliputi keterjangkauan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan dan keterjangkauan dalam segi pembiayaan pelayanan kesehatan (Adisasmito, 2010).

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen penting bagi penyedia dan pemberi pelayanan kesehatan pada pelaksanaan program JKN. Program JKN merupakan bagian dari kebijakan publik sebagai hasil dari *good will* Pemerintah. Keberhasilan program Pemerintah dalam JKN antara lain bergantung pada sejauh mana kebijakan ini terimplementasi di rumah sakit (Thabrany, 2014).

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Program Jaminan

Kesehatan, maka cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas kesehatan tersebut. Untuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA CBGs). Maksud dari tarif INA CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pengelompokan diagnosis penyakit ini penting sesuai dengan paparan Cooper dan Craig (2015) yang menunjukkan adanya variasi pembiayaan kesehatan meskipun dengan diagnosis yang sama.

Sistem INA-CBGs merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi *output* pelayanan, berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical *Modifications* untuk tindakan/prosedur. Tarif *INA-CBGs* mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode *group*/kelompok rawat inap dan 288 kode kelompok rawat jalan. Dengan menggunakan sistem INA-CBGs, maka perhitungan tarif pelayanan lebih objektif berdasarkan pada biaya sebenarnya. Melalui INA-CBG's diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit (Bambang W : 2014).

RSUD Tenriawaru merupakan rumah sakit tipe B Non Pendidikan dengan status Badan Layanan Umum (BLU). Rumah sakit ini memberikan pelayanan

kuratif, rehabilitatif, preventif dan promotif serta menjadi pusat rujukan regional yang mewilayahi Bone, Soppeng dan Wajo. Sistem INA-CBGs mulai diterapkan di RSUD Tenriawaru pada Januari 2014. Cara pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit ini beragam, mulai dari pembayaran secara umum/swasta, menggunakan askes, jamkesda, jamkesmas dan menggunakan BPJS . Namun pembayaran menggunakan BPJS menempati peringkat paling atas. Dari jumlah pasien rawat inap yang berkunjung pada Januari 2015 sampai dengan Mei 2017 sebanyak 8.343 pasien. dan sejak diberlakukannya sistem INA-CBGs ini, pasien rawat inap yang berkunjung meningkat tiap tahunnya.

Banyak rumah sakit yang lebih dulu menerapkan sistem INA-CBGs, namun penggunaan sistem INA-CBGs dinilai belum efektif, hal tersebut diperoleh dari hasil penelitian yang menunjukkan kecenderungan besaran biaya INA-CBGs lebih besar dibanding Fee For Service terutama untuk kasus-kasus Non Bedah. Sebaliknya untuk kasus-kasus Bedah kecenderungan biaya INA CBGs jauh lebih rendah dibanding *Fee For Service* (Putra *et al*, 2014). Penelitian yang dilakukan Indriani *et al* (2013) menunjukkan bahwa ketidakefisienan penggunaan sumber daya laboratorium berdampak terhadap kesenjangan tarif di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito. Hal tersebut mengindikasikan kekurangefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs.

Berdasarkan pemaparan di atas, menunjukkan bahwa sistem INA-CBGs yang diterapkan di beberapa rumah sakit belum berjalan secara efektif. Maka dari itu, peneliti ingin mengetahui dan tertarik untuk meneliti mengenai “Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis

Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Tahun 2017”.

## ***B. Fokus Penelitian dan Deskripsi Fokus***

### **1. Fokus Penelitian**

Penelitian ini berfokus pada bagaimana gambaran pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem diagnose penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone tahun 2017 yang mencakup perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), pengawasan (*controlling*), dan evaluasi (*evaluating*).

### **2. Deskripsi Fokus**

#### **a. Perencanaan (*Planning*)**

Perencanaan (*planning*) yang dimaksud dalam penelitian ini adalah perencanaan yang dilakukan oleh pihak RSUD Tenriawaru selaku subjek penelitian dalam menerapkan pelaksanaan sistem INA-CBGs.

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Cara Ukur : Wawancara

#### **b. Pengorganisasian (*Organizing*)**

Penentuan dan pengelompokkan SDM yang dilakukan oleh pihak RSUD Tenriawaru dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Cara Ukur : Observasi dan Wawancara



c. Pelaksanaan (*actuating*)

Pelaksanaan sistem INA-CBGs dari hasil perencanaan yang telah ditetapkan dan perorganisasian yang telah dibentuk

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Cara Ukur : Observasi dan Wawancara

d. Pengawasan (*controlling*)

Pengawasan terhadap kegiatan-kegiatan yang menyangkut pelaksanaan sistem INA-CBGs

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Cara Ukur : Observasi dan Wawancara

e. Evaluasi (*evaluating*)

Penilaian dari pelaksanaan sistem INA-CBGs, dengan melihat pelaksanaan sistem INA-CBGs dan pendapatan yang diperoleh pihak RSUD Tenriawaru

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Cara Ukur : Observasi dan Wawancara

**C. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan fokus penelitian yang telah diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana proses perencanaan (*planning*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?
2. Bagaimana proses pengorganisasian (*organizing*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?

3. Bagaimana proses pelaksanaan (*actuating*) sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?
4. Bagaimana proses pengawasan (*controlling*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?
5. Bagaimana proses evaluasi (*evaluating*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?

#### ***D. Kajian Pustaka***

Adapun beberapa hasil penelitian yang dianggap relevan dengan penelitian ini, antara lain:

Penelitian yang dilakukan oleh Dina Wunari Wa Ode dkk tentang *Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups/INA-CBGs) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahteramas Kota Kendari Tahun 2015*. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis melalui wawancara mendalam dengan informan. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 3 orang informan kunci dan 4 orang informan biasa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dalam pelaksanaannya pun ditahun 2015 sudah mulai mengalami perubahan yang signifikan lebih baik dan optimal, diantaranya SDM yang cukup dengan kemampuan yang baik dalam setiap tugasnya, rekam medis yang sudah mulai dilengkapi sesuai waktu, target, dan regulasi yang ditetapkan rumah sakit, fasilitas juga tersedia sesuai dengan kebutuhan dalam sistem INA-CBG, hingga pendapatan rumah sakit yang meningkat secara kuantitas dibandingkan tahun-

tahun sebelumnya sehingga sudah mampu membiayai belanja operasional rumah sakit dan belanja lainnya sesuai kebutuhan yang diinginkan rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Diah Indriani, Hari Kusnanto, Ali Ghufroon Mukti, dan Kuntoro (2013) tentang *Dampak Biaya Laboratorium Terhadap Kesenjangan Tarif INA-CBGs dan Biaya Riil Diagnosis Leukemia*. Penelitian menggunakan metode Survey eksplanatory dengan menggunakan 127 responden. Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat kesenjangan tarif INA-CBGs dan Biaya Riil dari biaya laboratorium. Hal ini dikarenakan adanya penggunaan alat dan bahan di laboratorium yang tidak efisien, sehingga membawa dampak pada ketidakefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito.

Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Wasis Budiarto dan Mugeni Sugiharto pada tahun 2012 mengenai *Biaya Klaim INA CBGs Dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas Di Rumah Sakit (Studi Di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan) Januari–Maret 2012*. Penelitian ini menggunakan metode penelitian retrospektif dengan melibatkan 10 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Hasil penelitian menyatakan Biaya klaim rawat inap menurut INACBGs untuk penyakit katastropik di kelas A lebih tinggi dibandingkan dengan semua kelas rumah sakit yang menjadi objek penelitian. sedangkan biaya klaim INA-CBGs lebih besar 14,39% dibandingkan dengan biaya menurut tarif rumah sakit, baik rumah sakit kelas A, B dan RS Khusus.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurhidayat Bausat pada tahun 2015 mengenai *Strategi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Menuju Implementasi*

*Sistem Pembayaran Prospektif.* Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif. Dengan pihak manajemen, pelayanan dan administrasi di RSUD Tenriawaru sebagai data kualitatif dan seluruh tagihan dan rekam medis pada pasien Jamkesda yang memanfaatkan layanan rawat inap persalinan selama bulan Juli sampai dengan Desember 2013 sebagai data kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan tarif INA-CBGs untuk pasien persalinan memberikan selisih positif dan negatif bagi penerimaan rumah sakit. Persalinan normal (spontan) menunjukkan bahwa selisih positif untuk semua pasien. Persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi persalinan) menunjukkan selisih yang positif secara keseluruhan meskipun untuk setiap kasus menunjukkan selisih yang bervariasi (positif dan juga negatif). Sedangkan, pada persalinan dengan *sectio secaria* menunjukkan selisih negatif untuk semua kasus. Rumah sakit harus melakukan berbagai strategi sebagai upaya untuk merespon sistem pembayaran prospektif pada program Jamkesda, yang berpotensi memberikan selisih negatif bagi penerimaan rumah sakit agar pelaksanaan sistem INA-CBGs dapat berjalan dengan efektif.

Penelitian yang dilakukan oleh Sendika Trias Nofitasari dan Eni Mahawati mengenai *Analisis Lama Perawatan (Los) Partus Seksio Caesarea pada Pasien Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan Ina– Cbg's di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2010*. Penelitian ini merupakan Penelitian deskriptif dengan metode observasi secara objektif dengan pendekatan cross-sectional. Dengan menggunakan 160 kasus sectio caesarea tahun 2010 sebagai sampel penelitian. Hasil penelitian menyatakan bahwa hasil penelitian dari 160

kasus sectio caesarea tahun 2010 diketahui sebanyak 40,62% LOS pasien melebihi LOS INA CBG's dengan jenis diagnosis yang sering ditemukan yaitu placenta previa, diagnosis komplikasi serotinus dan diagnosis sekunder placenta previa. Hal ini menunjukkan ktidakefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Febriana Herlinawati dan Dyah Ernawati pada tahun 2015 mengenai *Analysis Of Knowledge And Attitude Of Medical Record Officer Code Of Determination In Disease And INA-CBGs Hospital Dr. H. Soewondo Kendal*. Menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif dengan pendekatan cross-sectional. Dengan melibatkan 7 petugas rekam medis sebagai sampel. Hasil penelitian menyatakan dari karakteristik petugas dimana 5 petugas dari latar belakang pendidikan terakhirnya dari rekam medis dan 2 bukan dari rekam medis. Namun bagi ke 2 petugas yang bukan dari rekam medis tersebut cukup baik dalam bekerja dibagian rekam medis. Pengetahuan petugas tentang kode penyakit sudah baik dengan presentase 100%. Hal ini menunjukan pengetahuan petugas tentang kode penyakit tidak terdapat masalah. Pengetahuan petugas tentang INA-CBGs sudah baik dengan presentase 99% hal ini menunjukan bahwa petugas dalam memahami INA-CBGs sudah baik, walaupun di ruang rekam medis masih terbatas mengenai petunjuk teknis penyelenggaraan INA-CBGS di ruang rekam medis. Sikap dalam melakukan kode penyakit dengan ICD-10 tidak selalu dilakukan oleh petugas, namun langkah-langkah dalam menentukan kode penyakit berdasar ICD-10 sudah cukup baik sebanyak 80% dapat melakukan kode penyakit. Dari penelitian ini, dapat dilihat

bahwa dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs pengetahuan dan sikap dari petugas yang mengaplikasikan langsung sistem INA-CBGs berpengaruh terhadap keefisienan sistem INA-CBGs.

Penelitian yang dilakukan oleh Uswatun Hasanah,, Eni Mahawati, dan Dyah Ernawati mengenai *Analisis Perbedaan Klaim INA-CBGs Berdasarkan Kelengkapan DataRekam Medis Pada Kasus Emergency Sectio Cesaria Trimester I tahun 2013 di RSUD KRT Setjonegoro Kabupaten Wonosobo*. Penelitian ini menggunakan metode evaluative analitik dengan 126 dokumen rekam medis sebagai sampel penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Perbedaan klaim berdasarkan isian resume medis Rp 23.988.179 dan terdapat 40 DRM yang terkoreksi dari 126 DRM. Hasil uji *Wilcoxon* diketahui ada beda jumlah SL dan jumlah klaim sebelum dan setelah data rekam medis dilengkapi (*p value* 0,000). Terdapat hubungan signifikan antara ketelitian koder dan kelengkapan diagnosa sekunder dengan perbedaan klaim *INA-CBGs* (*p value* 0,000). Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa kelengkapan data rekam medis dan ketelitian koder serta kelengkapan koder mempengaruhi keefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs.

Penelitian yang dilakukan oleh Agustin Ika Wijayanti dan Sri Sugiasi mengenai *Analisis Perbedaan Tarif Rill dengan Tarif Paket INA CBGs pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo tahun 2010*. Menggunakan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan cara observasi dan wawancara mendalam. Sampel penelitian ini yaitu 276 berkas klaim jamkesmas. Hasil penelitian menyatakan bahwa Terdapat perbedaan



yang signifikan antara tarif rill dan tarif paket INA CBGs pada pembayaran klaim jamkesmas pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sukoharji ( $p=0,001$ ).

Dari pemaparan diatas, dapat dilihat bahwa sudah ada beberapa penelitian sebelumnya yang meneliti mengenai sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs. Namun, dari beberapa penelitian tersebut, hanya meneliti mengenai perbedaan tarif rill dan tarif INA-CBGs untuk melihat keefektifan dari pelaksanaan sistem INA-CBGs. Pada penelitian ini, peneliti memfokuskan langsung pada beberapa faktor yang dapat mendukung keberhasilan/keefektifan pelaksanaan sistem INA-CBGs sebagai sistem pembayaran layanan kesehatan bagi pasien JKN. Pada penelitian ini juga, peneliti berfokus langsung pada pihak yang bertugas menjalankan aplikasi INA-CBGs untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai sistem INA-CBGs. Peneliti bermaksud mengkaji lebih mendalam bagaimana pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru, apakah sudah berjalan secara efektif atau belum. Untuk itu, peneliti menggunakan metode *in depth interview* untuk memperoleh hasil yang lebih maksimal mengenai pelaksanaan sistem INA-CBGs.

#### ***E. Tujuan dan Manfaat Penelitian***

##### **1. Tujuan Penelitian**

###### **a. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Kabupaten Bone Tahun 2017.

b. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui proses perencanaan (*planning*) dari pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs.
- 2) Mengetahui proses pengorganisasian (*organizing*) dari pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs.
- 3) Mengetahui proses pelaksanaan (*actuating*) sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs.
- 4) Mengetahui proses pengawasan (*controlling*) dari pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs.
- 5) Mengetahui proses evaluasi (*evaluating*) dari pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs.

**2. Manfaat Penelitian**

a. Bagi Pegawai Rekam Medis RS

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi kajian bagi para pegawai rekam medis dalam melaksanakan tugasnya.

b. Bagi Kajian Teori

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam mengimplementasikan sistem pembayaran INA-CBGs secara efektif di rumah sakit- rumah sakit lainnya.

c. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi RSUD Tenriawaru untuk mengimplementasikan sistem pembayaran INA-CBGs secara efektif guna meningkatkan pelayanan kesehatan.

## **BAB II**

### **KAJIAN TEORITIS**

#### ***A. Tinjauan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)***

##### **1. Definisi JKN**

Pengertian Jaminan Kesehatan Sesuai Peraturan Presiden Republik Indonesia No 28 tahun 2016 tentang perubahan ketiga atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 atau berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia No 32 tahun 2014 tentang jaminan kesehatan nasional, maka jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Sedangkan menurut undang - undang No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 , Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan.

Dalam ajaran Islam, negara mempunyai peran sentral dan sekaligus bertanggung jawab penuh dalam segala urusan rakyatnya, termasuk dalam urusan kesehatan. Hal ini didasarkan pada dalil umum yang menjelaskan peran dan tanggung jawab Imam atau Khalifah (Kepala Negara Islam) untuk mengatur seluruh urusan rakyatnya. Rasulullah SAW bersabda:

قَالَ أَمِيرٌ وَهُوَ رَعِيَّتُهُ

Terjemahnya :

*“Pemimpin yang mengatur urusan manusia (Imam/Khalifah) adalah pengurus rakyat dan dia bertanggung jawab atas rakyatnya” (HR Al-Bukhari dan Muslim).*

## 2. Prinsip JKN

Dalam Undang – Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN pada Pasal 19 ayat 1 dan bagian penjelasan, Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

### a. Prinsip asuransi sosial meliputi:

- 1) Kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta beresiko tinggi dan rendah
- 2) Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk peserta penerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk peserta yang tidak menerima upah.
- 3) Dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan.

### b. Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Dalam konteks islam, kesamaan dalam memperoleh sesuatu secara adil dibahas dalam Q.S An-Nahl/16:90, yang berbunyi :

إِنَّ اللَّهَ بِأَمْرٍ إِلٍ وَإِلَ الْإِحْدَيْنِ وَيَذِي أَلِ الْقُرْ وَ وَيَنْذِرُ عَا الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ ( )

**Terjemahnya :**

*“Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) Berlaku adil dan berbuat kebajikan, memberi kepada kaum kerabat, dan Allah melarang dari perbuatan keji, kemungkaran dan permusuhan. Dia memberi pengajaran kepadamu agar kamu dapat mengambil pelajaran”* (Departemen Agama RI, Al-Qur’an dan Terjemahnya 2006: 277).

Dalam tafsir Al Misbah yang dijelaskan oleh M. Quraish Shihab, ayat ini menerangkan Allah swt., berfirman sambil mengukuhkan dan menunjuk langsung diri-Nya dengan nama yang teragung guna menekankan pentingnya pesan-pesan-Nya bahwa: *Sesungguhnya Allah* secara terus-menerus *memerintahkan* siapapun diantara hamba-hambaNya untuk *berlaku adil* dalam sikap, ucapan dan tindakan, walau terhadap diri sendiri *dan* menganjurkan *berbuat ihsan*, yakni yang lebih utama dari keadilan, dan juga *pemberian* apa pun yang dibutuhkan dan sepanjang kemampuan lagi dengan tulus *kepada kaum kerabat, dan Dia*, yakni Allah *melarang* segala macam dosa, lebih-lebih *perbuatan keji* yang amat dicela oleh agama akal sehat seperti zina dan homoseksual; demikian juga *kemunkaran*, yakni hal-hal yang bertentangan dengan adat istiadat, yang sesuai dengan nilai-nilai *agama* dan melarang juga *penganiayaan*, yakni segala sesuatu yang melampaui batas kewajaran. Dengan perintah dan larangan ini, *Dia memberi pengajaran* dan bimbingan *kepada kamu* semua menyangkut segala aspek kebajikan *agar kamu dapat selalu ingat* dan mengambil pelajaran yang berharga.

Dari tafsiran ayat diatas, dapat disimpulkan bahwa perbuatan adil harus diberlakukan dalam berbagai hal, seperti dalam hal pemberian pelayanan

kesehatan kepada pasien. Pihak pemberi layanan kesehatan harus berlaku adil bagi para pasien dengan memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan medis, tidak peduli pasien tersebut berasal dari keluarga yang berekonomi rendah maupun tinggi. Hal itu dilakukan agar pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterima.

### 3. Manfaat JKN

Dalam Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2013, manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perseorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccille Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga



d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Dalam pandangan islam, Allah swt, memerintahkan hamba-hamba-Nya untuk saling membantu, tolong menolong dalam mengerjakan kebaikan/kebajikan dan ketaqwaan yang diterangkan dalam Q.S Al-Ma'idah/05:02, yang berbunyi:

يَنَاقِ إِلَٰهِيكُمْ بِغُلُوبِهِمْ وَمَا عَلَيْهِمْ لَئِنْ آتَيْنَاهُم مِّنْ فَضْلٍ لَّ يَكْفُرْنَ إِلَّا الَّذِينَ آمَنُوا قُلْ إِنِّي أَخَافُ إِنْ عَصَيْتُمْ أَمْرًا أَنَّ يَكُونَنَّ مِنْكُمْ جُفَاءً يُبْذَرُونَ كَمَا يَبْذَرُونَ الْحَبَّ يُرْتَبِئُونَ عَلَيْهِمْ يَوْمَئِذٍ الْكَارِثَةُ

*“Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. dan bertakwalah kamu kepada Allah, Sesungguhnya Allah Amat berat siksa-Nya” (Departemen Agama RI, Al-Qur’an dan Terjemahnya 2006: 106).*

Al-Akhfasy berkata, “Firman Allah ini terputus atau terpisah dari firman Allah sebelumnya. Perintah untuk tolong menolong dalam mengerjakan kebajikan dan takwa ini merupakan perintah bagi seluruh manusia. Yakni, hendaklah

sebagian kalian menolong sebagian yang lain. Berusahalah untuk mengerjakan apa yang Allah perintahkan dan mengaplikasikannya. Jauhilah apa yang Allah larang dan hindarilah.” Selanjutnya dikatakan, kebajikan dan takwa adalah dua lafazh yang mengandung makna yang sama. Allah mengulangi makna ini dengan lafazh yang berbeda guna memberikan penegasan dan penekanan. Sebab setiap kebajikan adalah takwa dan setiap takwa adalah kebajikan.

Pemberlakuan JKN bagi setiap lapisan masyarakat merupakan salah satu upaya tolong menolong yang dianjurkan oleh Allah swt. Pemerintah memberlakukan JKN tersebut dengan tujuan untuk meringankan biaya pembayaran layanan kesehatan khususnya bagi masyarakat yang berekonomi rendah.

#### 4. Kepesertaan JKN

Sesuai Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Jaminan Kesehatan pada SJSN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan ini adalah mereka yang telah membayar iuran baik itu Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh Pemerintah dan bukan PBI. Kepesertaan bukan PBI terdiri atas Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja.

### ***B. Tinjauan Pembiayaan Kesehatan***

#### 1. Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi JKN. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong

peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi , tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan tersebut bisa tercapai (Permenkes, 2013).

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services* (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, *Perdiem*, *Kapitasi* dan *case based payment*. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospektif.

**Tabel 2.1**  
**Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif**

	<b>Kelebihan</b>	<b>Kekurangan</b>
<b>Provider</b>	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangnya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses Klaim Lebih Cepat	

	<b>Kelebihan</b>	<b>Kekurangan</b>
<b>Pasien</b>	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
<b>Pembayar</b>	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Mendorong peningkatan sistem informasi	Memerlukan monitoring Pasca Klaim

**Tabel 2.2**  
**Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif**

	<b>Kelebihan</b>	<b>Kekurangan</b>
<b>Provider</b>	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	Pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
<b>Pasien</b>	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
<b>Pembayar</b>	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
		Meningkatkan risiko keuangan

Sumber : Permenkes 2013

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix* (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Permenkes 2013).

## 2. Definisi Sistem INA-CBGs

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah

sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*). UNU-Grouper adalah *Grouper casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University/UNU* (Permenkes 2013).

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group



dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut

**Gambar 2.1**  
**Struktur Kode INA-CBG**



**Keterangan:**

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

3. Pengelompokan Tarif INA-CBGs

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

a. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :

- 1) Tarif Rumah Sakit Kelas A
- 2) Tarif Rumah Sakit Kelas B
- 3) Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan
- 4) Tarif Rumah Sakit Kelas C
- 5) Tarif Rumah Sakit Kelas D
- 6) Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

- b. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
- c. Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus-kasus tertentu yang masuk dalam special *casemix main group* (CMG), meliputi :

- 1) *Special Prosedure*
- 2) *Special Drugs*
- 3) *Special Investigation*
- 4) *Special Prosthesis*
- 5) *Special Groups Subacute* dan Kronis

*Top up* pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang *Top Up* dapat dilihat pada poin D.

- d. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit

berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

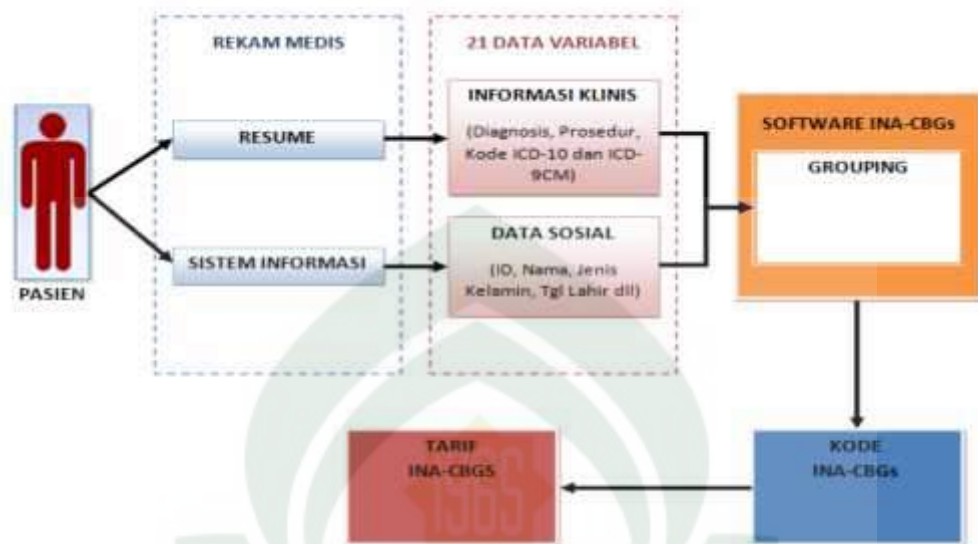
- e. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Untuk mengetahui tarif INA-CBGs bagi pasien yang telah mendapatkan pelayanan di rumah sakit (setelah pulang dari rumah sakit), yaitu dengan mengentri data pasien kedalam aplikasi INA-CBGs. Data yang diperlukan berasal dari resume medis, sesuai dengan alur bagan sebagai berikut:

**Gambar 2.2**  
**Alur entri data *software* INA-CBGs 4.0**



**Sumber: Permenkes 2013**

#### 4. Manfaat Sistem Pembayaran INA-CBGs

Dalam pembayaran menggunakan sistem INA-CBGs, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG (*Disease Related Group*). Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya. Bukan hanya dari segi pembayaran, tentu masih banyak lagi manfaat dengan penggunaan system INA-CBGs.

Bagi pasien, adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan, dengan adanya batasan pada lama

rawat (*length of stay*) pasien mendapatkan perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit karena berapapun lama rawat yang dilakukan, biayanya sudah ditentukan, dan mengurangi pemeriksaan serta penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien.

Manfaat bagi Rumah Sakit, mendapatkan pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya, dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialis atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitori dengan cara yang lebih objektif, perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat, dapat mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi, keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran, dan mendukung system perawatan pasien dengan menerapkan system *Clinical Pathway*.

### **C. Tinjauan Manajemen**

Manajemen diartikan sebagai suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya dari anggota organisasi serta penggunaan semua sumber daya yang ada pada organisasi untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Stoner:2006).

Dalam sistem manajemen, ada tiga aspek pokok yang harus diperhatikan, yaitu input, proses, dan output. Dalam penelitian ini, peneliti hanya memfokuskan aspek proses dari pelaksanaan sistem INA-CBGs. Aspek proses yang dimaksud

adalah manajemen POACE (*planning, organizing, actuating, controlling, dan evaluating*) tujuannya untuk mencari tahu bagaimana gambaran pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru berdasarkan Permenkes No.69 Tahun 2013.

Adapun tahapan-tahapan yang terdapat dalam strategi manajemen POACE adalah sebagai berikut (George R.Terry : 2003)

1. Perencanaan (*Planning*)

Merupakan proses menyangkut upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan dimasa akan datang dan penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan organisasi. Kegiatan dalam *planning* antara lain:

- a. Menetapkan sasaran
- b. Merumuskan strategi untuk mencapai target sasaran
- c. Menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan
- d. Menetapkan standar atau indikator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target sasaran

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Adalah tindakan mengusahakan hubungan-hubungan kelakuan yang efektif antara orang-orang, sehingga mereka dapat bekerjasama secara efisien dan dengan demikian memperoleh kepuasan pribadi dalam hal melaksanakan tugas-tugas tertentu dalam kondisi lingkungan tertentu guna mencapai tujuan atau sasaran tertentu. Kegiatan dalam *organizing* antara lain:



- a. Mengalokasikan sumber daya atau sarana, merumuskan dan menetapkan tugas serta menetapkan prosedur yang diperlukan.
- b. Adanya struktur organisasi menunjukkan adanya garis kewenangan dan tanggungjawab, sehingga setiap pekerja akan bergerak dan bertindak sesuai dengan *job description* dan kewenangannya dan memiliki tanggungjawab dan bertanggungjawab atas pekerjaan yang telah dilaksanakan.
- c. Kegiatan pelatihan dan pengembangan SDM atau tenaga kerja
- d. Kegiatan penempatan SDM pada posisi yang paling tepat atau dengan kata lain strategi yang telah ditetapkan harus dilaksanakan oleh pekerja yang dinilai mampu dan layak serta memiliki pengetahuan yang cukup di bidangnya,

### 3. Pelaksanaan (*Actuating*)

Merupakan proses implementasi program agar dapat dijalankan oleh seluruh pihak dalam organisasi serta proses memotivasi agar semua pihak tersebut dapat menjalankan tanggungjawabnya dengan penuh kesadaran dan produktifitas yang tinggi. Kegiatan yang dilakukan pada tahap *actuating* yaitu:

- a. Mengimplementasikan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian motivasi kepada tenaga kerja agar dapat bekerja secara efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan.
- b. Memberikan tugas dan penjelasan rutin mengenai pekerjaan dan menjelaskan kebijakan yang ditetapkan.

#### 4. Pengawasan (*Controlling*)

Dapat dirumuskan sebagai proses penentuan apa yang harus dicapai yaitu standar, apa yang sedang dilaksanakan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan dan bilamana perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana yaitu selaras dengan standar. Kegiatan dalam *controlling*, yaitu:

- a. Mengevaluasi keberhasilan dalam mencapai tujuan dan target sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan. Hal ini harus secara rutin dilakukan supaya terlihat pada poin mana target yang telah dicapai dan target yang tercapai agar dapat diambil langkah penyelesaiannya.
- b. Mengambil langkah klarifikasi dan koreksi atas penyimpangan yang mungkin ditemukan. Langkah ini harus selalu dilakukan agar setiap kesalahan yang ada dapat segera diperbaiki.
- c. Melakukan berbagai alternatif solusi atas berbagai masalah yang terkait dengan pencapaian tujuan dan target bisnis.

#### 5. Evaluasi (*Evaluating*)

Pada umumnya evaluasi adalah suatu pemeriksaan terhadap pelaksanaan suatu program yang telah dilakukan dan yang akan digunakan untuk meramalkan, memperhitungkan, dan mengendalikan pelaksanaan program kedepannya agar jauh lebih baik.

### ***D. Tinjauan Rumah Sakit***

#### 1. Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan

kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Perkembangan rumah sakit awalnya hanya memberikan pelayanan yang bersertifikat penyembuhan (*kuratif*) terhadap pasien melalui rawat inap. Selanjutnya, rumah sakit karena kemajuan ilmu pengetahuan khususnya teknologi kedokteran, peningkatan pendapatan dan pendidikan masyarakat. Pelayanan kesehatan di rumah sakit saat ini tidak saja bersifat kuratif tetapi juga bersifat pemulihan (*rehabilitatif*). Kedua pelayanan kesehatan tersebut secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*kuratif*). Sebagai media penyedia layanan kesehatan, rumah sakit perlu memiliki mutu pelayanan yang berkualitas yang sesuai dengan harapan masyarakat. Konsep Islam mengajarkan bahwa dalam memberikan layanan dari usaha yang dijalankan baik itu berupa barang atau jasa jangan memberikan yang buruk atau tidak berkualitas, melainkan yang berkualitas kepada orang lain. Hal ini tampak dalam Q.S Al-Baqarah/02:267 yang berbunyi:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّا جَعَلْنَا لَكُمْ مِنَ الْأَرْضِ وَلَا تَتَمَوَّعُوا  
الْحَبِيدَ، مِنْ تَتَفَقَّهْنَ وَلَسْتُمْ بِالْخَازِنِينَ إِنَّ أَنْ تُعِطُوا فِي وَأَغْلَلْنَا، أَلَا، غَيْرُ حَمِيدٍ ( )

### Terjemahnya :

*“Hai orang-orang yang beriman, nafkahkanlah (di jalan Allah) sebagian dari hasil usahamu yang baik-baik dan sebagian dari apa yang Kami keluarkan dari bumi untuk kamu. dan janganlah kamu memilih yang buruk-buruk lalu kamu menafkahkan daripadanya, Padahal kamu sendiri tidak mau mengambilnya melainkan dengan memincingkan mata terhadapnya. dan ketahuilah, bahwa Allah Maha Kaya lagi Maha Terpuji”* (Departemen Agama RI, Al-Qur’an dan Terjemahnya 2006:45)

Dalam tafsir Abdullah Yusuf menyatakan sedekah itu mempunyai nilai hanya bila sesuatu yang baik dan berharga diberikan. Seperti halnya sedekah yang diberikan dalam bentuk pekerjaan atau pengabdian, harus diberikan yang baik. Karena sedekah dalam bentuk pekerjaan dan pengabdian akan ternoda jika sampai bertujuan membahayakan moral.

Dalam hal ini, Allah swt., senantiasa menyuruh kita untuk memberikan yang terbaik bagi orang-orang yang membutuhkan jasa kita. Seperti halnya pemberian layanan kesehatan di Rumah Sakit. Dimana Rumah Sakit merupakan salah satu jasa pemberi layanan kesehatan.

Dengan demikian, sasaran pelayanan kesehatan rumah sakit bukan hanya untuk individu pasien, tetapi juga berkembang untuk keluarga pasien dan masyarakat umum. Focus perhatiannya memang pasien yang datang atau yang dirawat sebagai individu dan bagian dari keluarga. Atas dasar sikap itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (Susatyo H; 2016).

## 2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit, adapun fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

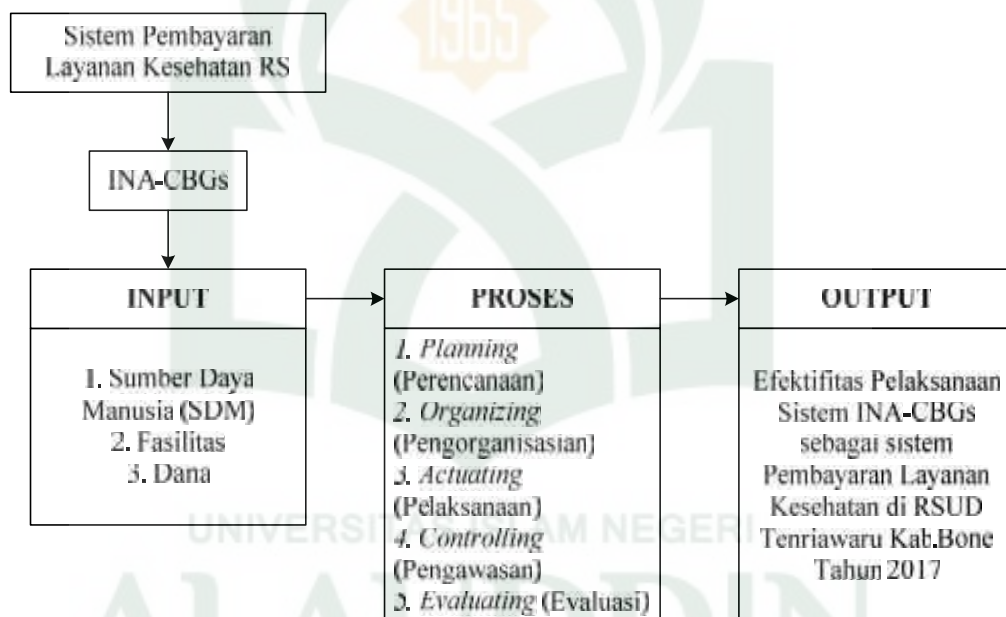
- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perseorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Untuk menyelenggarakan fungsinya, rumah sakit umumnya menyelenggarakan kegiatan:

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan.

### ***E. Kerangka Teori***

Pada penelitian Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Tahun 2017, peneliti menggunakan teori modifikasi yang dikemukakan oleh George R. Terry (1976), Hasibuan (1986) dan Permenkes 2003. Modifikasi dari teori-teori ini dapat membantu peneliti dalam menggali bagaimana pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru.

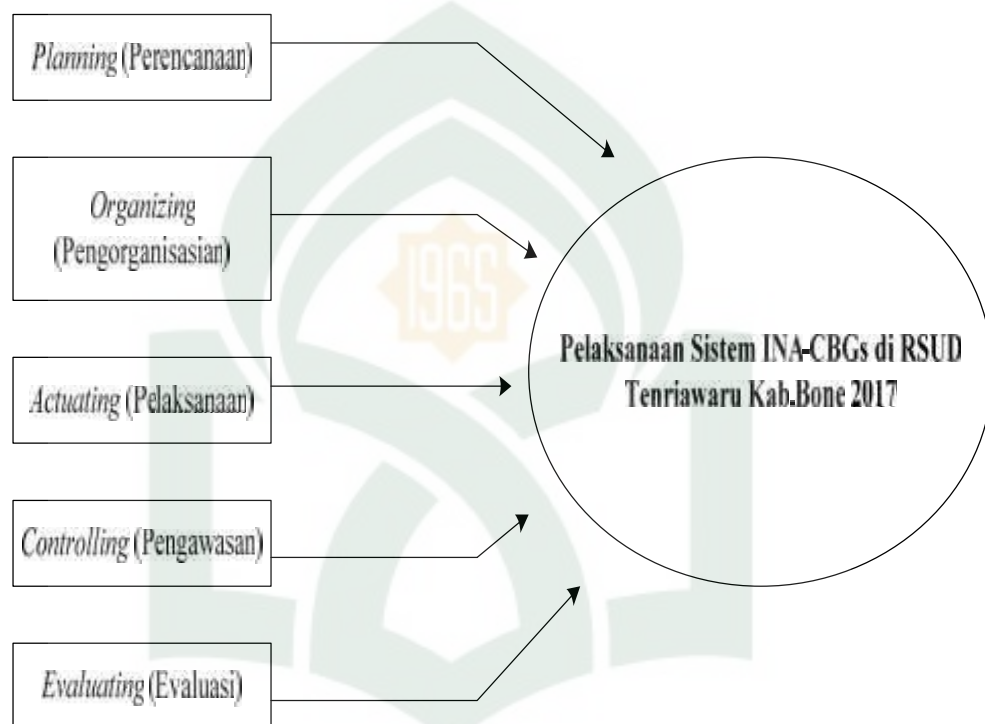


**Gambar 2.3** *Modifikasi Teori George R. Terry (1976), Hasibuan (1986) dan Permenkes Tahun 2013*



### ***F. Kerangka Konsep Penelitian***

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka konsep yang disusun oleh peneliti adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.4 Kerangka Konsep Penelitian**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### ***A. Desain Penelitian***

##### **1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif. Menurut McMillan & Schumacher penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan yang juga disebut pendekatan investigasi karena biasanya peneliti mengumpulkan data dengan cara bertatap muka langsung dan berinteraksi dengan orang-orang di tempat penelitian (Azwar:1996).

##### **2. Pendekatan Penelitian**

Pada penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus (*case study*). Studi kasus merupakan penelitian dimana peneliti menggali suatu fenomena tertentu (kasus) dalam suatu waktu dan kegiatan (program, event, proses, institusi atau kelompok social) serta mengumpulkan informasi secara terinci dan mendalam dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode tertentu.

##### **3. Waktu dan Lokasi Penelitian**

###### **a. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli – Agustus 2017 yang meliputi persiapan, pengumpulan data, pengolahan dan analisis data beserta evaluasi kegiatan penelitian.

###### **b. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone yang

terletak di Jl.Dr.Wahidin Sudiro Husodo No.12 Watampone, Sulawesi Selatan.

### ***B. Informan Penelitian***

Informan pada penelitian ini adalah informan yang dipilih melalui *snowball sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awalnya jumlahnya sedikit, kemudian menjadi banyak hingga data yang didapat memuaskan. Untuk memperoleh informasi mengenai Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab.Bone tahun 2017, peneliti memilih Pimpinan Rumah Sakit (Direktur/Wakil Direktur) sebagai informan kunci dan tiga orang pegawai rekam medik (Kabag Rekam Medik dan Staf Pengelola BPJS) serta Kasubag Perbendaharaan dan Remunerasi sebagai informan biasa. Pemilihan informan tersebut didasarkan atas pengetahuan dan keterlibatan informan dengan sistem INA-CBGs. Selain informan kunci dan informan biasa, peneliti juga memilih informan tambahan, yakni pasien (sebanyak 3 orang) rawat inap dengan status layanan BPJS.

### ***C. Metode Pengumpulan Data***

Pada penelitian ini, data diperoleh dari sumber data primer dan data sekunder. Untuk data primer diperoleh dari pihak yang terkait secara langsung atau objek yang akan diwawancarai (in depth interview) dan melakukan observasi langsung. Sedangkan untuk data sekundernya diperoleh dari dokumen-dokumen yang terkait dengan Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Bone (data-data yang diperoleh pada pengambilan data awal), serta beberapa literatur yang mendukung teori-teori dari penelitian ini.

#### ***D. Instrument Penelitian***

Menurut Suharsini Arikunto (2006; 1630), instrument penelitian merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam melakukan kegiatannya untuk mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Adapun instrument penelitian yang digunakan pada penelitian ini, yaitu:

- a. Peneliti itu sendiri (*human instrument*). Peneliti kualitatif sebagai human instrument, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.
- b. Alat tulis (buku dan pulpen/pensil)
- c. Alat rekaman suara (sound recorder)
- d. Alat dokumentasi gambar atau video (camera)

#### ***E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.***

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Miles dan Huberman (Sugiyono, 2006:273) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas dalam analisis data, yaitu:

- a. *Data reduction* (reduksi data)

Data-data yang telah terkumpul dari lapangan dirangkum dan difokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya sehingga memberikan

gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.

b. *Data display* (penyajian data)

Data yang telah direduksi selanjutnya didisplaykan, dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, table, grafik, *flowchart* dan sejenisnya sehingga data terorganisasikan, tersusun dalam bentuk pola hubungan untuk lebih mudah dipahami.

Menurut Miles dan Huberman (Sugiyono, 2006:280) menyatakan bahwa “Yang paling sering digunakan untuk menyatakan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif”. Selanjutnya disarankan berupa grafik, matriks, *network*, dan *chart*.

c. *Conclusion drawing/verification* (penarikan kesimpulan)

Penarikan kesimpulan dan verifikasi merupakan kesimpulan awal yang dikemukakan. Dari data display kesimpulan ini akan berubah bila ditemukan bukti-bukti negative. Hasil dari data display yang selanjutnya menjadi kesimpulan yang kredibel

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. *Gambaran Umum Lokasi Penelitian*

##### 1. Sejarah

RSUD Tenriawaru merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Bone yang dibangun dengan bantuan Bank Dunia pada tahun 1985. Rumah sakit ini mulai dioperasikan pada tanggal 1 Juli 1987 dan diresmikan pada tanggal 18 Oktober 1988 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia sebagai rumah sakit dengan Kelas C. Secara teknis administrasi maupun teknis operasional, RSUD Tenriawaru bertanggung jawab kepada Bupati Bone melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Bone.

Rumah sakit ini didirikan di atas tanah seluas 40.000 m<sup>2</sup> dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan sampai saat ini mencapai luas 13.940 m<sup>2</sup>. RSUD Tenriawaru terletak di Jalan Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Watampone dan mempunyai 267 tempat tidur.



**Gambar 4.1 Lokasi RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone**



Wilayah jangkauan pelayanan Rumah Sakit meliputi Kabupaten Bone hingga wilayah administrasi Kabupaten Wajo, Kabupaten Soppeng dan Kabupaten Sinjai yang berbatasan dengan Kabupaten Bone.



**Gambar 4.2 Wilayah Jangkauan RSUD Tenriawaru Kelas B  
Kabupaten Bone**

Pada tanggal 6 Februari 2008, RSUD Tenriawaru telah terakreditasi penuh tingkat dasar untuk 5 (lima) jenis pelayanan oleh tim KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit). Jenis pelayanan tersebut meliputi pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan pelayanan rekam medis.

Tahun 2009 status RSUD Tenriawaru telah meningkat menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan. Peningkatan status ini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI tanggal 10 November 2009 Nomor 1000/MENKES/SK/XI/2009 tentang Peningkatan Kelas RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone dari Kelas C menjadi Kelas B Non Pendidikan.

Pada tanggal 31 Desember 2010, RSUD Tenriawaru terakreditasi penuh tingkat lanjutan untuk 12 (dua belas) jenis pelayanan oleh tim KARS. Pelayanan tersebut meliputi pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan rekam medis, pelayanan farmasi, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan kamar operasi, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, pelayanan keperawatan, pelayanan perinatal resiko tinggi, pengendalian infeksi di RS, keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana.

RSUD Tenriawaru resmi berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada tanggal 23 November 2010 sesuai dengan Surat Keputusan Bupati Bone Nomor 33 Tahun 2010.

RSUD Tenriawaru telah menerima beberapa penghargaan, meliputi:

- a. Pada tanggal 22 Desember 2006, RSUD Tenriawaru memperoleh Piagam Penghargaan Citra Pelayanan Prima dari Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.
- b. Juara V Lomba RS Sayang Ibu dan Bayi Tingkat Kabupaten/ Kota Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009
- c. Peringkat I Lomba Kebersihan dan Keindahan antar Instansi Kategori A se-Kabupaten Bone pada tahun 2008, 2009 dan 2010
- d. Terpilih sebagai Unit Pelayanan Publik Terbaik (kategori bidang kesehatan) Tahun 2013 dari Gubernur Sulawesi Selatan
- e. Juara I Lomba Kebersihan antar SKPD dalam rangka Hari Jadi Bone ke-684 Tahun 2014

Sejak berdiri RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone telah mengalami beberapa kali pergantian pemimpin yaitu:

- a. dr. Hj. Suriah Tjegge, MHA (1987 – 1995)
- b. dr. Hj. Nurmelia Arzad (1995 – 2000)
- c. dr. H. A. Pallawarukka, M.Kes (2000 – 2004)
- d. dr. Hj. A. Khasma, M.Kes (2004 – Juli 2008)
- e. dr. Hj. Arfiah Arabe, MARS (Juli 2008 – Juli 2013)
- f. dr. Hj. Nurminah A. Yusuf, MARS (Juli 2013 – Sekarang)

## **2. Visi**

“Visi RSUD Tenriawaru adalah menjadi rumah sakit pendidikan yang berkualitas dan mandiri untuk mewujudkan pelayanan kesehatan paripurna menuju masyarakat Bone yang sehat”.

## **3. Misi**

Untuk melaksanakan visi tersebut di atas, RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone mempunyai misi:

- a. Meningkatkan kualitas dan ketersediaan sarana dan prasarana
- b. Meningkatkan kualitas dan ketersediaan tenaga medis profesional
- c. Meningkatkan kualitas manajemen pelayanan melalui peningkatan pengaturan dan penegakannya
- d. Meningkatkan profesionalisme manajemen keuangan dan operasional yang efektif dan efisien
- e. Meningkatkan fungsi rumah sakit dalam pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

#### 4. Ketenagaan (Sumber Daya Manusia)

Sumber Daya Manusia merupakan modal yang penting di dalam operasional pelayanan di RSUD Tenriawaru. Pihak rumah sakit terus melakukan penambahan pegawai, baik dengan perekrutan melalui formasi PNS daerah maupun melalui pegawai BLUD. Selama tiga tahun terakhir perkembangan ketenagaan RSUD Tenriawaru menunjukkan peningkatan sesuai dengan tabel di bawah ini:

**Tabel 4.1**  
**Perkembangan ketenagaan Berdasarkan Jenjang Pendidikan**  
**RSUD Tenriawaru Kelas B Kab. Bone Tahun 2014 – 2016**

No	Kualifikasi	2014			2015			2016		
		PNS	Non PNS	Jml	PNS	Non PNS	Jml	PNS	Non PNS	Jml
TENAGA KESEHATAN										
A. <i>Tenaga Medis</i>										
1	Dokter Umum	15		15	15	-	15	16	-	16
2	Dokter PPDS	2		2	2	-	2	2	-	2
3	Dokter Spesialis Bedah	2		2	2	-	2	2	-	2
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2		2	2	-	2	2	-	2
5	Dokter Spesialis Kesehatan Anak	2		2	2	-	2	2	-	2
6	Dokter Spesialis Obstetri dan Gynecologie	1	1	2	1	1	2	1	1	2
7	Dokter Spesialis Radiologi	1	-	1	1	-	1	2	-	2
8	Dokter Spesialis Anesthesi	1	-	1	1	-	1	1	-	1
9	Dokter Spesialis Patologi Klinik	-	-	-	1	-	1	1	-	1
10	Dokter Spesialis Mata	-	-	-	1	-	1	1	-	1
11	Dokter Spesialis THT	-	-	-	1	-	1	1	-	1
12	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1	-	1	1	-	1	1	-	1
13	Dokter Spesialis Saraf	-	-	-	2	-	2	2	-	2
14	Dokter Spesialis Orthopedi	-	-	-	1	-	1	1	-	1
15	Dokter Spesialis Jiwa	1	-	1	1	-	1	1	-	1
16	Dokter Gigi	3	-	3	3	-	3	2	-	2
17	Dokter/ Dokter Gigi/MHA/MARS	3	-	3	3	-	3	4	-	4
18	Dokter/Dokter Gigi S2/S3 Kes. Masyarakat	2	-	2	2	-	2	2	-	2

<b>B. <u>Tenaga Keperawatan</u></b>										
1	S1 Keperawatan	13	2	15	12	4	16	18	5	23
2	D4 Kebidanan	-	-	-	1	-	1	1	-	1
3	D3 Keperawatan	117	189	306	112	220	332	104	222	326
4	D3 Kebidanan	15	35	50	14	67	81	16	80	96
5	D3 Keperawatan Anasthesi	2	-	2	2	-	2	3	-	3
6	D3 Kesehatan Gigi	5	-	5	6	-	6	5	-	5
7	Perawat Kesehatan (SPK/SPR)	5	8	13	1	1	2	1	1	2
8	Tenaga Keperawat an Lainnya	-	-	-	1	-	1			
<b>C. <u>Tenaga Kefarmasian</u></b>										
1	Apoteker	8	3	11	8	4	12	8	4	12
2	S1 Farmasi	-	3	3	1	5	6	2	6	8
3	Akademi Farmasi	2	-	2	2	-	2	1	-	1
4	Asisten Apoteker	4	-	4	4	-	4	2	-	2
<b>D. <u>Tenaga Kesehatan Masyarakat</u></b>										
1	S2 Kesehatan Masyarakat	7	-	7	7	-	7	9	-	9
2	S1 Kesehatan Masyarakat	14	11	25	15	13	28	17	14	31
3	D3 Sanitarian	1	3	4	1	2	3	1	1	2
4	Tenaga Kesehatan Masy. Lainnya	-	1	1	-	1	1	1	-	1
<b>E. <u>Tenaga Gizi</u></b>										
1	S1 Gizi	4	1	5	5	-	5	3	-	3
2	D4 Gizi	2	-	2	3	-	3	4	-	4
3	D3 Gizi	7	-	7	4	-	4	4	1	5
<b>F. <u>Tenaga Keterampilan Fisik</u></b>										
1	D3 Fisioterapi	2	2	4	2	2	4	2	2	4
<b>G. <u>Tenaga Ketechnisian Medis</u></b>										
1	D3 Teknis Gigi	1	-	1	1	-	1	1	-	1
2	D3 Teknis Radiologi dan Radioterapi	4	-	4	4	-	4	6		6
3	D3 Perekam Medis	2	-	2	2	1	3	2	-	2
4	D3 Teknis Elektromedik	2	-	2	1	-	1	2	-	2
5	D3 Analisis Kes.	5	3	8	6	2	8	6	2	8
6	Teknisi Elektromedis				1	-	1	-	-	-
<b>TENAGA NON KESEHATAN</b>										
<b>A <u>Pasca Sarjana</u></b>										
1	S2 Administrasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	S2 Hukum	-	-	-				-	1	1
3	S2 Administrasi Kes. Masyarakat	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>B <u>Sarjana</u></b>										
1	Sarjana Psikologi	-	1	1				-	1	1

2	Sarjana Ekonomi/ Akuntansi	2	5	7	2	8	10	2	7	9
3	Sarjana Administrasi	4	2	6	4	3	7	4	6	10
4	Sarjana Hukum	-	5	5	-	6	6	1	5	6
5	Sarjana Komputer	-	6	6	-	6	6	-	5	5
6	Sarjana Lainnya	-	2	2	-	2	2	-	6	6

<b>C Sarjana Muda/ D3/ Akademi</b>										
1	Sarjana Muda Ekonomi/ Akuntansi	-	1	1	-	1	1	-	1	1
2	Sarjana Muda Komputer	-	1	1	-	1	1	-	1	1
3	Sarjana Muda/ D3 lainnya	-	2	2	1	9	10	-	14	14
<b>D Sekolah Menengah Tingkat Atas (SMA)</b>										
1	SMA/ SMU	14	71	85	14	89	103	18	99	117
2	SMEA/ SMK	2	-	2	3	3	6	-	3	3
3	SMKK	-	-	-	-	1	1	-	-	-
4	SMTA Lainnya	2	3	5	2	28	30	3	30	33
<b>E SMTP dan SD Kebawah</b>										
1	SMTP/ SMP	4	2	6	3	29	32	3	28	31
2	SD Ke bawah	1	-	1	1	31	32	1	26	27
<b>TOTAL</b>		<b>285</b>	<b>363</b>	<b>650</b>	<b>286</b>	<b>540</b>	<b>828</b>	<b>292</b>	<b>572</b>	<b>867</b>

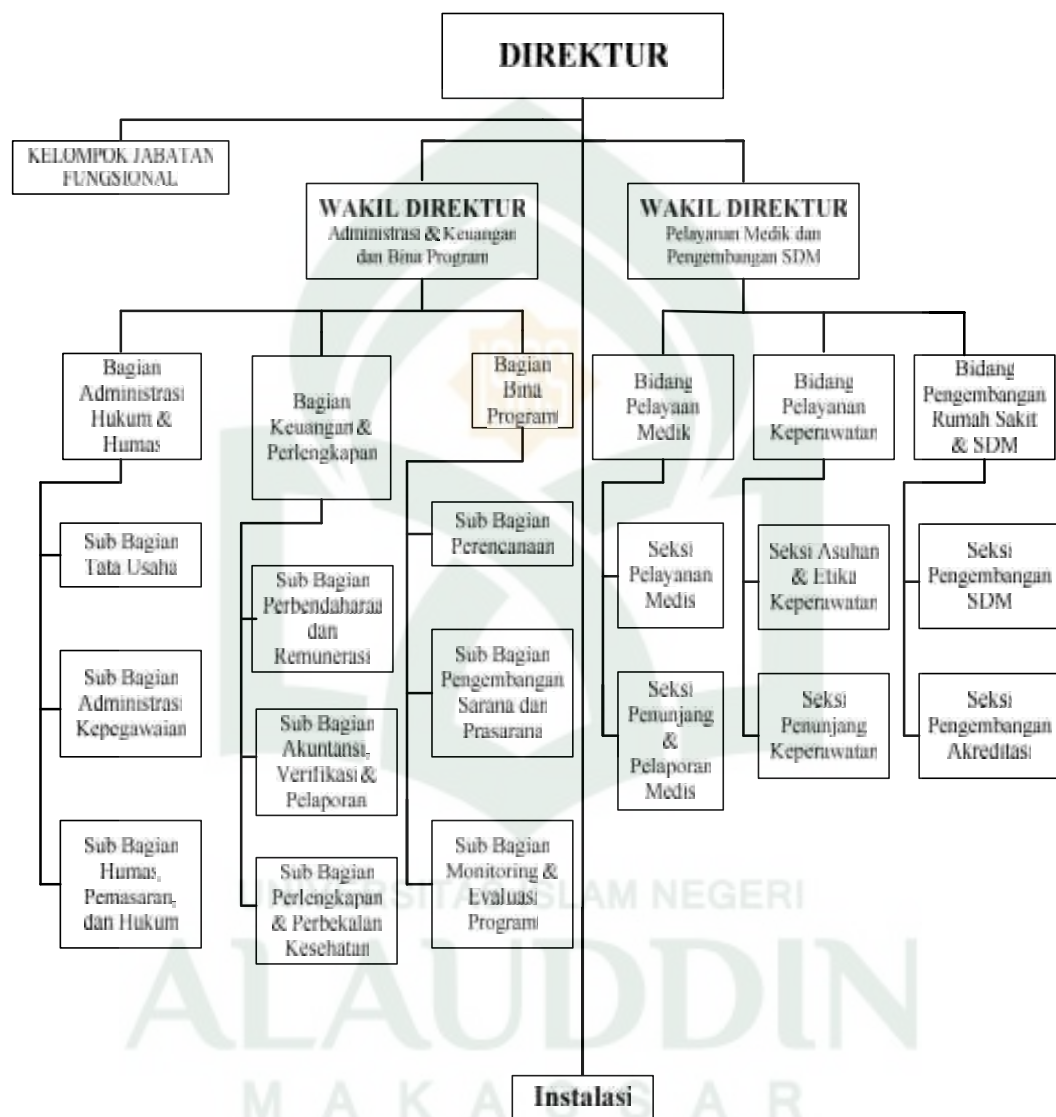
Sumber : Profil RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone 2016

## 5. Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Bupati Bone Nomor 01 Tahun 2010 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah, Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Bone diatur dan ditetapkan sebagai berikut :



**STRUKTUR ORGANISASI RSUD TENRIAWARU**  
**BERDASARKAN PERDA KABUPATEN BONE NO.01 TAHUN 2010**



**Gambar 4.3 Struktur Organisasi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone**

## 6. Tugas dan Fungsi

RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi penyediaan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan tindakan medik. Tugas pokok RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone adalah:

- a. Menyusun dan melaksanakan kebijakan daerah di bidang penyelenggaraan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan sesuai peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud tersebut di atas, RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone melaksanakan fungsi sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan, pengelolaan dan pengendalian data berbentuk *database* serta analisa data untuk menyusun program kegiatan.
- 2) Perencanaan strategis bidang pelayanan kesehatan perorangan.
- 3) Perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan perorangan.

- 4) Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah bidang pelayanan kesehatan perorangan.
- 5) Pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang pelayanan kesehatan perorangan.
- 6) Penyelenggaraan dan pengawasan standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan bidang pelayanan kesehatan.
- 7) Penyelenggaraan urusan kesekretariatan pada Rumah Sakit Umum Daerah.
- 8) Pengkoordinasian, integrasi dan sinkronisasi kegiatan bidang kepegawaian di lingkungan Pemerintah Daerah.
- 9) Penyelenggaraan administrasi Pegawai Negeri Daerah.
- 10) Pelayanan medik.
- 11) Pelayanan penunjang medik dan non medik.
- 12) Pelayanan dan asuhan keperawatan.
- 13) Pelayanan rujukan.
- 14) Pendidikan dan pelatihan bidang kesehatan dan bidang lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.
- 15) Penelitian dan pengembangan.
- 16) Pengelolaan sumber daya rumah sakit.
- 17) Pelayanan fungsi sosial dengan memperhatikan kaidah ekonomi.
- 18) Perencanaan program, rekam medik, evaluasi dan pelaporan serta humas dan pemasaran rumah sakit.
- 19) Pembinaan dan pelaksanaan kerjasama dengan masyarakat, lembaga pemerintah dan lembaga lainnya

## 7. Sarana dan Prasarana

### a. Gedung

RSUD Tenriawaru dibangun di atas lahan seluas 4 hektar. Sampai saat ini, pembangunan gedung administrasi maupun pelayanan menempati 16.800 m<sup>2</sup> dari total luas lahan rumah sakit 40.000 m<sup>2</sup>.

**Tabel 4.2**  
**Luas Gedung Administrasi dan Pelayanan**  
**RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone**

No.	Gedung/ Ruang Pelayanan	Luas	Kondisi	Ket.
<b>A.</b>	<b><i>Gedung Administrasi</i></b>			
1	Gedung Kantor/ Administrasi dan Poliklinik	1.600 m <sup>2</sup>	Baik	Kecuali Poliklinik Bedah dan Gigi
<b>B.</b>	<b><i>Gedung Kegawatdaruratan</i></b>			
1	IGD Umum	315 m <sup>2</sup>	Baik	
2	IGD Obgyn	230 m <sup>2</sup>	Baik	
<b>C.</b>	<b><i>Ruang Perawatan</i></b>			
1	Paviliun Anggrek	264 m <sup>2</sup>	Baik	
2	Paviliun Bougenville	264 m <sup>2</sup>	Baik	
3	Paviliun Azalea	450 m <sup>2</sup>	Baik	
4	Perawatan Asoka	35 m <sup>2</sup>	Baik	
5	Perawatan Anak I/ Interna II	480 m <sup>2</sup>	Baik	
6	Perawatan Bedah	450 m <sup>2</sup>	Baik	
7	Perawatan Interna I	450 m <sup>2</sup>	Baik	
8	Perawatan Interna II/ Saraf	900 m <sup>2</sup>	Baik	
9	Perawatan Interna III	70 m <sup>2</sup>	Baik	
10	Perawatan Nifas	450 m <sup>2</sup>	Baik	
11	B K I A	302 m <sup>2</sup>	Baik	
<b>D.</b>	<b><i>Ruang Intensif</i></b>			
1	NICU	220	Baik	
2	ICU	360	Baik	
<b>E.</b>	<b><i>Gedung Instalasi Penunjang</i></b>			
1	Rehabilitasi Medik	246 m <sup>2</sup>	Baik	
2	Instalasi Gizi/ Laundry	270 m <sup>2</sup>	Baik	
3	Instalasi Farmasi	170 m <sup>2</sup>	Baik	
4	Gudang Farmasi	259 m <sup>2</sup>	Baik	
5	Instalasi Laboratorium/	542 m <sup>2</sup>	Baik	
6	Instalasi Radiologi	118 m <sup>2</sup>	Baik	
7	Instalasi Pemulasaran Jenazah	118 m <sup>2</sup>	Baik	

<b>F.</b>	<b>Instalasi Bedah Sentral</b>	475 m <sup>2</sup>	Baik
<b>G.</b>	<b>Hemodialisa</b>	189 m <sup>2</sup>	Baik

Sumber : Profil RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone 2016

Selain gedung administrasi dan pelayanan di atas, terdapat gedung/ bangunan untuk mendukung <sup>pemberian</sup> pelayanan kesehatan yang cepat dan bermutu bagi pasien. Gedung/ bangunan tersebut adalah:

1. Rumah dinas untuk dokter sebanyak 11 unit dengan rincian 10 unit rumah dinas dengan luas gedung @ 70 m<sup>2</sup> dan 1 rumah dinas dengan luas gedung 100 m<sup>2</sup>.
2. Asrama perawat putra dan putri dengan luas gedung 773 m<sup>2</sup>
3. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPS-RS), garasi dan workshop dengan luas 335 m<sup>2</sup>
4. Bangunan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan luas gedung 56 m<sup>2</sup>.
5. Bangunan Incinerator dengan luas gedung 36 m<sup>2</sup>.
6. Bangunan Tempat Pembuangan Sementara Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).

#### **b. Sarana Penunjang**

Sarana penunjang terdiri dari bangunan/ sarana yang disiapkan oleh pihak RSUD Tenriawaru untuk menunjang keamanan dan kenyamanan pasien dan keluarganya yang berkunjung ke rumah sakit. Sarana yang dimaksud meliputi:

1. Gedung / ruang tunggu pasien
2. Tempat penitipan anak
3. Sarana ibadah berupa mesjid

#### 4. Lahan parkir

Pasien dan keluarganya dapat memarkir kendaraan roda empat atau kendaraan roda dua pada halaman depan RSUD Tenriawaru.

### 8. Fasilitas dan Jam Pelayanan

Dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, RSUD Tenriawaru menyediakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

- a. Pelayanan rawat jalan meliputi poliklinik anak, bedah, interna, kandungan dan kebidanan, saraf, mata, kulit dan kelamin, bedah umum, bedah orthopedi, poli gizi dan poli gizi. Pelayanan rawat jalan dibuka setiap hari kerja, senin sampai dengan sabtu. Untuk hari Senin sampai dengan Kamis dan Sabtu, jam pelayanan dimulai 08.00 sampai dengan 13.00 wita. Untuk hari jumat, pelayanan poliklinik dimulai jam 08.00 sampai dengan 11.00 wita.
- b. Pelayanan Rawat Inap, meliputi perawatan anak, bedah, interna, nifas dan saraf/kulit dan kelamin/mata. Ruang perawatan di RSUD Tenriawaru terdiri dari Paviliun, Kelas I, Kelas II dan Kelas III dengan total 267 tempat tidur yang ada di ruang perawatan (VIP, perawatan Anak, Bedah, Interna, Saraf/THT/Mata/Gigi/Kul-Kel, ICU dan NICU)
  - 1) Paviliun Azalea sebanyak 8 tempat tidur, terdiri dari 8 ruangan @ 1 tempat tidur
  - 2) Paviliun Anggrek sebanyak 8 tempat tidur, terdiri dari 8 ruangan @ 1 tempat tidur
  - 3) Paviliun Bougenville sebanyak 8 tempat tidur, terdiri dari 8 ruangan @ 1 tempat tidur



- 4) Perawatan Asoka sebanyak 10 tempat tidur, terdiri dari 5 ruangan kelas I @ 2 tempat tidur. Total tempat tidur untuk perawatan ini adalah 10 unit.
- 5) Perawatan Mawar sebanyak 14 tempat tidur, terdiri:
  - Paviliun sebanyak 3 tempat tidur, terdiri dari 3 ruangan @ 1 tempat tidur
  - Kelas I sebanyak 1 tempat tidur, terdiri dari 1 ruangan dengan 1 tempat tidur
  - Kelas III sebanyak 7 tempat tidur, terdiri dari 2 ruangan @3 dan @ 4 tempat tidur.
  - Tempat tidur bayi sebanyak 3 buah
- 6) Perawatan Anak I sebanyak 17 tempat tidur kelas III, terdiri dari 2 ruangan @ 9 tempat tidur dan @ 8 tempat tidur
- 7) Perawatan Anak II sebanyak 20 tempat tidur
  - Kelas I sebanyak 2 tempat tidur, terdiri dari 1 ruangan
  - Kelas II sebanyak 4 tempat tidur, terdiri dari 2 ruangan @ 2 tempat tidur
  - Kelas III sebanyak 11 tempat tidur, terdiri dari 2 ruangan @ 4 tempat tidur dan @ 7 tempat tidur
  - Ruang isolasi terdiri dari 2 tempat tidur
  - Ruang tindakan terdiri dari 1 tempat tidur
- 8) Perawatan Bedah sebanyak 30 tempat tidur
  - Kelas II sebanyak 4 tempat tidur, terdiri dari 2 ruangan @ 2 tempat tidur

- Kelas III sebanyak 24 tempat tidur, terdiri dari 4 ruangan @ 6 tempat tidur
  - Ruang isolasi sebanyak 1 tempat tidur
  - Ruang tindakan terdiri dari 1 tempat tidur
- 9) Perawatan Interna I sebanyak 31 tempat tidur
- Kelas I sebanyak 1 tempat tidur, terdiri dari 1 ruangan
  - Kelas II sebanyak 6 tempat tidur, terdiri dari 3 ruangan @ 2 tempat tidur
  - Kelas III sebanyak 24 tempat tidur, terdiri dari 4 ruangan @ 6 tempat tidur dan
- 10) Perawatan Interna II sebanyak 18 tempat tidur kelas III, terdiri dari 2 ruangan @ 9 tempat tidur
- 11) Perawatan Interna III sebanyak 8 tempat tidur kelas III, terdiri dari 1 ruangan
- 12) Perawatan Nifas sebanyak 41 tempat tidur
- Kelas II sebanyak 6 tempat tidur, terdiri dari 3 ruangan @ 2 tempat tidur
  - Kelas III sebanyak 24 tempat tidur, terdiri dari 4 ruangan @ 6 tempat tidur
  - Ruang tindakan sebanyak 1 tempat tidur
  - Tempat tidur bayi sebanyak 10 buah
- 13) Perawatan Saraf/THT/Mata/Gigi/Kul-Kel sebanyak 21 tempat tidur
- Kelas I sebanyak 2 tempat tidur, terdiri dari 1 ruangan

- Kelas II sebanyak 4 tempat tidur, terdiri dari 1 ruangan
  - Kelas III sebanyak 14 tempat tidur, terdiri dari 2 ruangan @ 7 tempat tidur
  - Ruang isolasi sebanyak 1 tempat tidur
- c. Pelayanan intensif meliputi pelayanan Intensive Care Unit (ICU) dan pelayanan intensive untuk bayi (NICU).
- Pada ruang perawatan ICU, disediakan 13 tempat tidur
  - Pelayanan intensif untuk bayi (NICU), menyediakan 8 buah incubator baby dan 12 buah tempat tidur bayi.
- d. Pelayanan kegawat daruratan meliputi pelayanan gawat darurat umum dan kebidanan/ kandungan. Pelayanan ini dibuka 24 jam setiap hari.
- e. Pelayanan hemodialisa. Buka setiap hari kerja, senin sampai dengan sabtu, jam 08.00 sampai dengan 19.00 wita.
- f. Pelayanan mobil ambulance/ jenazah.

Saat ini RSUD Tenriawaru menyediakan 9 mobil ambulance yang siap melayani masyarakat selama 24 jam.

## **B. Hasil Penelitian**

### **1. Karakteristik Informan**

Informan dalam penelitian ini berjumlah delapan orang. Yang terdiri dari satu informan kunci (Wakil Direktur Pelayanan Medik), empat informan biasa (Kepala Bagian Rekam Medik, Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Remunerasi, dua orang Staf Pengelola BPJS) dan tiga informan tambahan (tiga orang pasien). Peneliti mengambil informan tersebut dengan alasan, karena

peneliti dapat mengambil informasi secara lengkap dan jelas dari beberapa informan tersebut.

Karakteristik untuk setiap informan tentunya berbeda. Mulai dari jenis kelamin, umur, dan pekerjaan. Untuk informasi yang lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut:

**Tabel 4.3**  
**Karakteristik Informan**

No.	Informan	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pekerjaan		Kelompok Informan	
1.	MS	Laki-laki	47	Wakil Pelayanan Medik	Direktur	Pihak Sakit	Rumah
2.	SF	Perempuan	37	Kepala Rekam Medis	Bagian	Pihak Sakit	Rumah
3.	H	Perempuan	43	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Remuberasi	Bagian	Pihak Sakit	Rumah
4.	A	Perempuan	27	Staf BPJS	Pengelola	Pihak Sakit	Rumah
5.	AH	Perempuan	27	Staf BPJS	Pengelola	Pihak Sakit	Rumah
6.	S	Laki-laki	42	Petani		Pihak Pasien	
7.	HM	Perempuan	48	Ibu Rumah Tangga		Pihak Pasien	
8.	H	Perempuan	45	Ibu Rumah Tangga		Pihak Pasien	

*Sumber : Data Primer 2017*

## 2. Hasil Analisis Data

Hasil penelitian berupa kutipan wawancara yang menjelaskan jawaban informan mengenai gambaran pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs, mulai dari proses perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*), pengawasan (*controlling*), sampai proses evaluasi (*evaluating*). Selain wawancara, peneliti

juga melakukan observasi dalam pengumpulan data, namun tetap mengacu pada pedoman wawancara.

Adapun gambaran pelaksanaan yang disampaikan oleh informan dari kutipan hasil wawancara tersebut didasarkan pada teori yang dikemukakan oleh George R. Terry (1976) dan Hasibuan (1986) yang menyatakan bahwa unsur proses merupakan kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan dengan memperhatikan tahap perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*), pengawasan (*controlling*), dan evaluasi (*evaluating*). Kelima tahap tersebut yang kemudian dijelaskan secara terperinci dalam penelitian ini. Berikut hasil penelitiannya :

**a. Proses Perencanaan (*Planning*) dari Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

Dalam manajemen POACE, *planning* merupakan tahap paling awal sebelum melakukan empat tahap selanjutnya dalam sebuah program/kegiatan. Seperti halnya sistem INA-CBGs. Sebelum diterapkan di RSUD Tenriawaru, pihak rumah sakit menetapkan beberapa *planning* untuk mewujudkan target dan tujuan organisasi. Adapun beberapa *planning* yang dimaksud adalah sebagai berikut:

**1. Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)**

Penyediaan SDM merupakan langkah awal yang dilakukan oleh pihak RSUD Tenriawaru dalam proses perencanaan. Seperti yang diungkap oleh informan saat ditanyakan mengenai *planning* dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs sebagai berikut:

*“...kalau bidang rekam medis itu disiapkan pegawai sebanyak 28 orang. Dan dari 28 orang itu, dipilih untuk menjadi koder, sesuai dengan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki dalam mengoperasikan komputer”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“ada 28 orang pegawai disini (ruang medik), tetapi yang terlibat langsung dalam sistem INA-CBGs itu ada 10 orang. Itu dipilih juga berdasarkan kemampuannya dalam menjalankan komputer”*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

Pernyataan ini juga didukung oleh informan kunci yang menyatakan bahwa rumah sakit melakukan persiapan SDM untuk mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ini

*“...perencanaannya ya kita mulai dari persiapan SDM. Kita menyiapkan SDM sesuai dengan ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit. Untuk dokter umum totalnya itu ada 15 orang, dokter gigi 15 orang, tenaga perawat sekitar  $\pm 456$  orang, tenaga kefarmasian  $\pm 23$  orang, dan untuk pegawai rekam medisnya kami siapkan sebanyak 28 orang”.*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan, bahwa persiapan SDM yang dilakukan yaitu menyiapkan beberapa tenaga medis dan non medis yang sesuai dengan standar ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Dan pernyataan ini juga didukung dengan data profil RSUD Tenriawaru tahun 2013 tentang ketenagaan rumah sakit tahun 2013.

## 2. Penyediaan fasilitas (sarana dan prasarana) oleh rumah sakit

Selain menyiapkan SDM, rumah sakit juga menyiapkan beberapa sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs. Seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan sebagai berikut:



*“iya, jelas. Rumah sakit kemarin menambahkan beberapa komputer yang dibutuhkan”*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

*“ada penambahan beberapa komputer, karena disiapkan satu koder itu satu komputer, jadi masing-masing koder disiapkan komputer/laptop”.*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Pernyataan ini juga didukung oleh pernyataan dari informan kunci

*“rumah sakit menyiapkan komputer sesuai dengan yang dibutuhkan”.*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan, bahwa pihak rumah sakit menambahkan beberapa komputer yang dibutuhkan. Dan berdasarkan observasi yang dilakukan, pihak rumah sakit menyediakan komputer sesuai dengan jumlah tenaga koder, yaitu 5 komputer. Masing-masing koder disiapkan seperangkat komputer yang berfungsi dengan baik. Selain menyiapkan beberapa komputer sesuai dengan yang dibutuhkan, pihak informan menyatakan masih ada beberapa fasilitas lain yang harus disediakan dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ini, beberapa fasilitas lain seperti yang diungkap oleh informan sebagai berikut:

*“jaringan internet yang disediakan rumah sakit harus bagus, supaya software dari aplikasi INA-CBGs bisa terus diperbarui tanpa ada kendala”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“iya, ada WiFi. Bagus juga jaringannya karena pake jaringan T”*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

Pernyataan ini juga didukung oleh pernyataan informan kunci

*“untuk masalah jaringan, kami upayakan memilih WiFi yang bagus kualitas jaringannya dan WiFi yang kami gunakan disini itu “T”, karena jaringannya bagus.”*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa rumah sakit menyiapkan WiFi dengan kualitas jaringan yang baik, yaitu rumah sakit menggunakan jaringan “T”.

Tujuannya agar software dari aplikasi INA-CBGs bisa terus diperbaharui atau diupdate tanpa ada kendala. Selain WiFi, fasilitas lainnya yang disiapkan yaitu stavolt, seperti yang diungkap oleh informan sebagai berikut:

*“ya, rumah sakit menyiapkan stavolt, supaya saat terjadi pemadaman listrik secara tiba-tiba, komputer bisa tetap dioperasikan dan proses penginputan bisa tetap dijalankan”.*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa rumah sakit menyiapkan beberapa stavolt untuk mengantisipasi pemadaman listrik secara tiba-tiba. Terakhir fasilitas yang disediakan yaitu buku panduan untuk koder, yaitu buku ICD-9 dan ICD-10. Seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

*“rumah sakit menyiapkan masing-masing 3 paket buku panduan, 3 paket untuk buku ICD-9 dan 3 paket juga untuk buku ICD-10”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa rumah sakit menyiapkan buku panduan untuk koder, yaitu sebanyak tiga paket untuk masing-masing buku ICD-9 dan ICD-10.

### 3. Strategi Rumah Sakit dalam Mendukung Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru

#### a) Proses penyusunan dan pembentukan strategi

Dalam proses perencanaan, pembentukan strategi diperlukan untuk menentukan tolak ukur keberhasilan dari suatu program yang akan dilaksanakan. Sama halnya dalam penerapan pelaksanaan sistem INA-CBGs, pihak RSUD Tenriawaru membentuk strategi dengan tujuan untuk mengefektifkan pelaksanaan

sistem tersebut. Adapun proses penyusunan dan pembentukan startegi yang dilakukan oleh rumah sakit yaitu sebagai berikut:

*“rapat internal dengan direktur sama wakil direktur, pihak BPJS dan lain-lainnya”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

*“diadakan rapat internal dengan pihak-pihak yang bersangkutan, termasuk dari pihak BPJSnya”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Pernyataan ini kemudian didukung dengan pernyataan yang disampaikan oleh Wakil Direktur selaku informan kunci :

*“melakukan rapat internal dengan pihak BPJS dan staf rumah sakit yang berhubungan dengan sistem ini”*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa proses penyusunan atau pembentukan strategi dilakukan dengan cara melakukan rapat internal dengan pihak-pihak yang bersangkutan, baik itu staf rumah sakit maupun dari pihak BPJS.

#### b) Pihak-pihak yang Terlibat dalam Pembentukan Strategi

Penyusunan dan pembentukan strategi dilakukan oleh beberapa pihak. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, diungkapkan bahwa pihak-pihak yang turut serta dalam penyusunan strategi adalah sebagai berikut:

*“ada Direktur, Wakil Direktur, masing-masing kabag dan kasubag, ada juga komite medik, dokter juga sama pihak BPJS”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Pernyataan yang sama juga diungkapkan oleh Wakil Direktur selaku informan kunci dalam penelitian ini:

*“Direktur, Wakil Direktur, Kabag dan Kasubag setiap unit, dokter-dokter dan komite medik serta pihak BPJS”*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan, bahwa pihak-pihak yang terlibat dalam penyusunan strategi tersebut adalah direktur, wakil direktur, kabag dan kasubag disetiap unit, komite medik, dokter dan pihak BPJS.

c) Bentuk Strategi yang dilakukan Pihak Rumah Sakit

Seperti yang diungkapkan oleh informan, adapun strategi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ini, yaitu sebagai berikut:

*“pengumpulan rekam medis pasien untuk setiap ruang rawat inap, dikasi waktu 1x24 jam setelah pasien pulang”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

*“.....Nah, kalo masalah input data itu, kita dari rekam medik sendiri itu menerapkan target waktu pengumpulan rekam medisnya pasien, itu 1x24 jam setelah pasien pulang/sembuh. Jadi itu unit rawat inap harus kumpul rekam medis sesuai waktu yang sudah kita tentukan”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan menyatakan bahwa pihak rumah sakit, khususnya ruang rekam medis menerapkan waktu pengumpulan rekam medis pasien yaitu 1x24 jam setelah pasien pulang/sembuh. Hal itu dilakukan agar penginputan data pasien bisa segera mungkin dilakukan.

4. Rencana anggaran untuk pelaksanaan sistem INA-CBGs

Rencana anggaran merupakan perkiraan biaya material, upah, dan lain-lainnya yang berhubungan dengan pelaksanaan suatu kegiatan ataupun program. Sebelum menerapkan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru, pihak rumah sakit

melakukan proses perencanaan anggaran. Adapun rencana anggaran yang dimaksud yaitu sebagai berikut :

*“rencana anggaran dilihat dari berapa banyak fasilitas yang harus disiapkan, kayak berapa komputer yang harus ditambahkan, supaya sesuai dengan kebutuhan di ruang medik, selain itu ada juga anggaran dana yang disiapkan untuk pelatihan atau workshop pegawai rekam medik”*

(H, Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi, Juli 2017)

*“kemarin itu, saya buat laporan berapa banyak fasilitas (komputer) yang dibutuhkan disini (ruang rekam medik), sama biaya untuk pelatihan pegawai rekam medik ”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa proses perencanaan anggaran dilakukan dengan melihat berapa banyak kekurangan dari fasilitas yang sudah disiapkan serta kegiatan yang akan dilakukan dalam proses penerapan sistem INA-CBGs, seperti kegiatan pelatihan atau workshop. Jika sudah diketahui berapa jumlah kekurangan dana yang akan digunakan, maka anggaran bisa dikalkulasikan.

Biaya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs sudah diatur dalam rencana anggaran yang telah dibuat. Dana yang digunakan untuk keperluan pelaksanaan sistem INA-CBGs merupakan dana yang berasal dari pendapatan rumah sakit itu sendiri. Seperti yang diungkap oleh informan mengenai hal tersebut sebagai berikut:

*“anggarannya itu diperoleh dari pendapatan rumah sakit”.*

(H, Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi, Juli 2017)

Pernyataan ini didukung oleh pernyataan dari informan kunci :

*“sumber anggaran untuk persiapan pelaksanaan sistem INA-CBGs itu kami ambil dari pendapatan rumah sakit”*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

**b. Proses Pengorganisasian (*Organizing*) dari Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

*Organizing* merupakan pembagian tenaga kerja dan pembagian kerja yang bertujuan untuk memastikan bahwa semua pihak dalam organisasi dapat bekerja secara efektif dan efisien guna pencapaian tujuan organisasi. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, kegiatan *organizing* yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, meliputi pembagian pegawai, pelatihan pegawai, pembagian tugas setiap pegawai dan koordinasi antar pegawai.

**1. Pembagian pegawai**

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai pembagian pegawai.

*“untuk pegawai yang berhubungan langsung dengan sistem ini ada 10 orang. Dari 10 orang itu, dibagi berkelompok lagi. Ada 5 orang yang bertugas di bagian rawat inap, dan 5 orang di rawat jalan”.*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

*“ada 10 orang, yang kemudian dibagi menjadi 2 kelompok, 5 orang di bagian rawat inap, dan 5 orang juga di rawat jalan”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa ada sebanyak 10 pegawai yang ditunjuk untuk menjalankan sistem INA-CBGs ini. Dari 10 orang pegawai tersebut, kemudian dibagi berkelompok. Lima orang ditempatkan di bagian rawat inap dan lima orang lainnya ditempatkan di bagian rawat jalan.



Selain dari pihak rumah sakit, pihak BPJS juga menempatkan pegawainya di rumah sakit yang bertujuan untuk memperlancar proses klaim pasien. Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan :

*“2 orang kalo dari pihak BPJS”.*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Pernyataan ini juga diungkapkan oleh Wakil Direktur Pelayanan Medik selaku informan kunci. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

*“dari pihak BPJS menempatkan 2 orang pegawainya di rumah sakit ini”*

(MS, Wadir Pelyanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa untuk pihak BPJS sendiri, menempatkan pegawainya di rumah sakit sebanyak 2 orang.

## 2. Pelatihan pegawai

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai pelatihan pegawai :

*“iya, saya pernah ikut. Tapi tidak tau sudah berapa kali ikut, lupai. Yang jelas, saya pernah ikut pelatihan pengisian kode penyakit”*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

*“pernah, bahkan sudah sering. Setiap kali rumah sakit melakukan kegiatan pelatihan tentang cara pengisian kode penyakit, koder diharuskan mengikuti pelatihan tersebut”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“iya, ada pelatihannya, pernahka ikut juga itu pelatihan, harus “.*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa pegawai pernah mengikuti kegiatan pelatihan cara pengisian kode penyakit.

### 3. Pembagian tugas

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai pembagian tugas:

*“kalau untuk pembagian tugas, pegawai yang bertugas di rawat inap kan ada 5 orang, 2 orang yang bertugas menghitung biaya rumah sakit dengan menggunakan SIMRS, dan 3 lainnya bertugas untuk mengkode dan memasukka kode tersebut kedalam aplikasi INA-CBGs”.*

(A, Staf Pengelola BPJS, Juli 2017)

*“ada yang bertugas untuk menghitung biaya rumah sakit pake SIMRS, yaitu 2 orang. 3 lainnya itu yang mengkode. Kasi masuk kode diaplikasi INA-CBGs”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa dari lima orang yang bertugas menginput resume rekam medis untuk pasien rawat inap, dua diantaranya bertugas menghitung biaya rumah sakit menggunakan SIMRS dan tiga lainnya bertugas untuk memasukkan kode penyakit kedalam aplikasi INA-CBGs untuk mendapatkan biaya ganti dari pihak BPJS.

*“pegawai BPJS itu bertugas untuk mempercepat klaim pasien”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“bantu percepat klaim pasien sih”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa tugas dari pegawai BPJS yang ditempatkan di rumah sakit ini, yaitu untuk membantu mempercepat proses klaim pasien.

### 4. Koordinasi antar pegawai

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai teknik koordinasi antar pegawai:

*“biasanya kita lakukan rapat koordinasi setiap seminggu sekali. Rapat koordinasinya kita lakukan antar pegawai rekam medik yang telah ditunjuk untuk mengoperasikan aplikasi INA-CBGs ini”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“biasanya diadakan rapat koordinasi setiap seminggu sekali”.*

(A, Staf Pengelola BPJS, Juli 2017)

*“ada diadakan rapat koordinasi setiap minggu”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa koordinasi antar pegawai dilakukan dengan melakukan rapat koordinasi antar pegawai rekam medik yang bertanggung jawab terhadap penginputan data pasien.

### **c. Proses Pelaksanaan (*Actuating*) Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

Proses penggerakan atau pelaksanaan sistem INA-CBGs ditetapkan setelah tahap perencanaan dan pengorganisasian dilakukan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, proses penggerakan atau pelaksanaan melibatkan beberapa pihak, yaitu pihak dari pegawai rekam medik dan pihak pasien. Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan kepada beberapa informan:

#### **1. Waktu Berlakunya Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada beberapa informan mengenai waktu berlakunya sistem INA-CBGs

*“hmmm...awal Januari 2014”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

Pernyataan ini didukung oleh pernyataan yang diungkapkan oleh informan kunci:

*“Sistem INA-CBGs mulai berjalan pada awal Januari 2014”.*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari pihak informan dapat diketahui bahwa penentuan waktu pelaksanaan sistem INA-CBGs adalah awal Januari 2014.

## 2. Kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs.

*“kalau kendalanya itu, kalo mau input datanya pasien, tapi susah dibaca tulisannya dokter. Biasa itu tulisannya dokter terlalu cantik..hehehee (tertawa)”*

(A, Staf Pengelola BPJS 1, Juli 2017)

*“kalau untuk masalah kendala sih, tidak terlalu signifikan. Karena kan, petunjuk teknis sistem INA-CBGs itu sudah ada di Permenkes Nomor 27 tahun 2014. Tinggal diikuti saja. Cuman, biasanya kendalanya itu saat input data, ada tulisan dokter yang susah untuk dibaca, hal itu yang biasa menyebabkan proses penginputan data pasien jadi terkendala”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs hanya pada saat proses penginputan data pasien. Biasanya ada beberapa tulisan dokter yang susah dibaca, sehingga perlu diklarifikasi ulang kembali dengan dokter yang bersangkutan. Selain tulisan dokter yang menjadi kendala koder dalam melakukan penginputan data pasien, kedisiplinan dokter dalam mengisi kelengkapan rekam medis pasien juga merupakan salah satu kendala yang dialami koder. Seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

*“...kadang-kadang itu rekam medis terlambat dikumpul sama perawat jaga karena itu, ada beberap DPJP (dokter penanggungjawab pelayanan) tidak lengkap isi rekam medisnya pasien, biasanya juga dia lupa tanda tangan, jadi itu yang kasi terlambat kumpul rekam medis pasien ”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Juli 2017)

*“...Targetnya yaitu paling lambat 1x24 jam setelah pasien pulang. Tujuannya supaya penginputan bisa kita lakukan secepat mungkin. Tapi, terkadang dokter biasa sibuk dengan urusannya, jadi setelah dia periksa itu pasien langsung pulang, tidak ditanda tangani itu rekam medis pasien, jadi perawat jaga juga terlambat kumpul rekam medisnya pasien disini (ruang rekam medik) .Jadi kita juga telat menginput data”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa, kedisiplinan dokter dalam mengisi kelengkapan berkas rekam medis pasien merupakan salah satu faktor yang menentukan cepat atau lambatnya data pasien diinput. Jika dokter tidak mengisi berkas rekam medis pasien secara lengkap, maka berkas rekam medis pasien tersebut tidak bisa diinput oleh petugas rekam medis.

### 3. Alur pendaftaran pasien rawat inap BPJS

Berikut hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa informan mengenai alur pendaftaran pasien rawat inap BPJS:

*“pasien datang sendiri, atau rujukan dari puskesmas atau dokter praktek, terus ambil nomor antrian. Tunggu sampai tiba nomor antriannya. Terus ke loket pendaftaran untuk proses administrasi pasien, kayak jenis pelayanannya BPJS. Sudah itu ke ruang periksa. Dari situ terbit rekam medisnya pasien. Jika pasien butuh penanganan yang lebih lanjut, maka akan diterbitkan surat untuk rawat inap. Setelah itu diverifikasi berkas ke bagian BPJS. Pasien kemudian mendapatkan perawatan (pemberian obat). Kalau sudah dinyatakan sembuh, dan ada persetujuan dari dokter, pasien bisa pulang”*

(A, Staf Pengelola BPJS, Agustus 2017)

*“pertama, ambil nomor antrian. Sudah itu kalo tiba giliran ke loket pendaftaran. Selesai di loket pendaftaran, keruang periksa (poliklinik). Disitu diperiksa istriku, dokternya bilang istri saya perlu perawatan lanjut. Setelah itu kita diberi berkas yang kemudian dibawa ke ruang BPJS, sudah itu, istriku dibawa ke bangsal untuk dirawat”*

(S, Pasien 1, Agustus 2017)

*“Nomor antrian dulu diambil, baru kalo sudah tiba giliran, ke loket pendaftaran, dari situ disuruh ke poliklinik. Sudah itu kita disuruh lagi melapor di BPJS, bawa itu berkas yang diberikan oleh suster disitu*



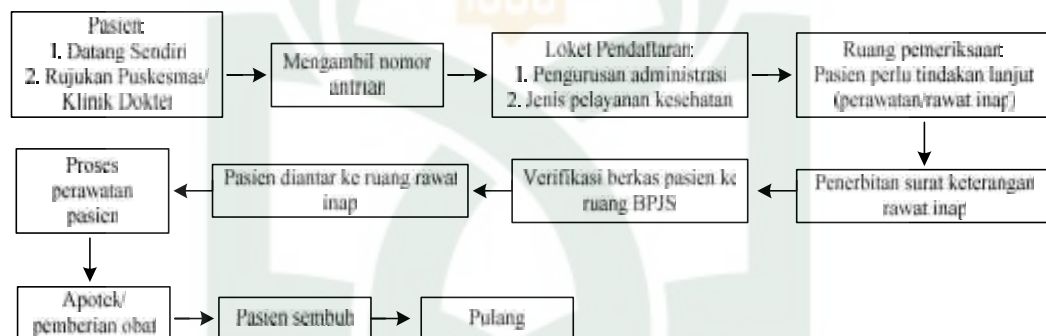
*ruangannya dokter. Sudahmi ke BPJS, kemudian anak saya dibawa ke ruangan ini (bangsal)”.*

(HM, Pasien 2, Agustus 2017)

*“Ambil nomor antrian, kalau sudah tertera nomor antrian di layar ke loket pendaftaran. Sudah itu, petugasnya disitu menyuruh ke ruangannya dokter (poliklinik) untuk diperiksa. Dokter bilang kalau saya kena jantung. Sudah diperiksa, berkas pemeriksaan dibawa ke ruang BPJS. Setelah itu, saya dirawat”.*

(H, Pasien 3, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa alur pendaftaran untuk pasien rawat inap dengan status pelayanan BPJS di RSUD Tenriawaru, yaitu dapat digambarkan dalam bagan seperti berikut:



**Gambar 4.4 Bagan Alur Pendaftaran Pasien Rawat Inap Status BPJS**

Selain alur pendaftaran, berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada beberapa pasien diperoleh informasi, jika dalam melakukan proses pendaftaran, pasien biasanya memerlukan waktu yang lama, hingga berjam-jam. Berikut pernyataan dari hasil wawancara yang dilakukan kepada pihak pasien:

*“kalau banyak pasien, proses pendaftarannya juga lama. Iya, karena kita antri. Belum lagi kalau dokternya belum datang, tambah lama lagi menunggu. Kadang kalau selesai di loket pendaftaran, di ruang periksa lagi yang buat lama, karena biasanya terlambat datang dokternya, pernah menungguka sampai 2 jam”*

(HM, Pasien 2, Agustus 2017)



*“sebenarnya dibagian ambil nomor antriannya itu tidak lama, paling lama itu biasa sampai 30 menit. Yang buat lama itu kalau kita mau ke ruang pemeriksaan. Disitu kita menunggu giliran lagi (antri) untuk diperiksa sama dokternya. Belum lagi kalau dokternya terlambat datang. Itu yang biasa buat lama sampai berjam-jam menunggu”*

(H, Pasien 3, Agustus 2017)

Informan menyatakan, jika hal yang membuat proses pendaftaran itu berjalan lama karena keterlambatan dokter berada di ruangan pemeriksaan (dokternya belum datang).

#### 4. Proses penentuan tarif INA-CBGs

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada beberapa informan mengenai proses penentuan tarif INA-CBGs:

*“Direkam medis pasien itukan sudah ada tertulis jenis pelayanan yang diterima pasien, berapa lama, jenis penyakitnya apa, dokter dan suster siapa yang tangani, ada semua. Jadi nanti tinggal dihitung di SIMRS, kemudian dikode. Nah sudah dikode, nanti kode-kod itulah yang diinput ke aplikasi INA-CBGs. jika sudah diinput, akan muncul sendiri itu tarifnya”*

(A, Staf Pengelola BPJS, Juli 2017)

*“itu rekam medis yang sudah dikumpul, sudahnya dihitung di SIMRS kemudian dikode. Sudahnya dikode dikasi masuk itu kode-kodenya di aplikasi INA-CBGs. sudah diinput itu kode-kodenya, tertera itu tarifnya. berapa tarif perawatan dan lama perawatan yang ditanggung sama BPJS. Pokoknya ada semua disitu tertera”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Agustus 2017)

*“proses penginputan rekam medis pasien, yaitu pertama setiap poli klinik mengumpulkan laporan rekam medis pasien yang sudah diisi oleh dokter yang bersangkutan. Setelah itu koder akan memasukkan kode sesuai dengan kode penyakit dan jenis tindakan yang tertulis diresume medis pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9 PF, setelah memasukkan kode penyakit, maka akan tercantum sendiri berapa tenggang waktu perawatan pasien dan biaya perawatan pasien”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa penentuan tarif perawatan untuk pasien rawat inap dengan sistem INA-CBGs diperoleh dengan menginput rekam medis. Resume rekam medis tersebut berisi diagnosis pasien dan tindakan/prosedur yang diterima pasien. Yang kemudian dikode. Selanjutnya koder akan menginput kode sesuai dengan kode penyakit dan jenis tindakan yang tertulis diresume rekam medis pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9,. Setelah menginput kode-kode tersebut, maka akan tercantum berapa tenggang waktu dan biaya perawatan pasien.

5. Penanganan untuk kasus pasien rawat inap BPJS lama perawatannya melebihi dari waktu yang ditentukan

Berikut kutipan hasil wawancara dengan informan mengenai penanganan untuk kasus pasien rawat inap BPJS yang lama perawatannya melebihi batas dari waktu yang ditentukan :

*“Kalau untuk masa perawatannya, pasien itu dirawat terus sampai sembuh, berapa lamapun itu. Pasien harus dirawat sampai sembuh. Kan ada subsidi silangnya rumah sakit, untuk menutupi kerugiannya rumah sakit”.*

(A, Staf Pengelola BPJS, Juli 2017)

*“yah rumah sakit tetap merawat pasien tersebut sampai sembuh dan tidak ada tanggungan biaya yang dikeluarkan pasien. Rumah sakit melakukan subsidi silang yang bertujuan untuk menutupi biaya kelebihan perawatan pasien dengan biaya yang diambil dari pasien yang perawatannya kurang dari lamanya waktu yang ditentukan. Akan tetapi hal ini tidak berlaku jika pasien naik kelas perawatan. Pasien yang naik kelas perawatan harus membayar selisih dari kenaikan kelas perawatan tersebut”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

Pernyataan diatas didukung dari pihak pasien. Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada pihak pasien itu sendiri:

*“Tidak ada biaya yang diminta sama rumah sakit sampai pulang, eh sampai sembuh. Gratis. Asalkan kita sudah mengurus administrasi kalau kita menggunakan BPJS”.*

(S, Pasien 1, Agustus 2017)

*“Tidak, saya tidak pernah membayar, sampai sembuh. Keluar dari rumah sakit tidak ada dibayar, karena itu pake jaminan BPJS”.*

(HM, Pasien 2, Agustus 2017)

*“Tidak ada yang dibayar. Karena pake jaminan BPJS. Dirawat sampai sembuh. Pernah saya membayar karena meminta pindah di kelas rawat lain,. Nah itu tidak ditanggung sama pihak BPJS katanya”.*

(H, Pasien 3, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa, untuk pasien BPJS rawat inap yang lama perawatannya melebihi batas waktu perawatan yang telah ditentukan, pihak rumah sakit tetap melakukan perawatan kepada pasien, sampai pasien benar-benar sembuh tanpa adanya biaya tambahan, kecuali jika pasien menaikkan kelas perawatannya, makapasien harus menanggung selisih biaya kenaikan kelas tersebut. Hal ini dikarenakan, pihak BPJS tidak menanggung biaya selisih tersebut.

#### **d. Proses Pengawasan (*Controlling*) dari Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

Pengawasan pada pelaksanaan sistem INA-CBGs ini dilakukan untuk menghindari terjadinya deviasi atau kesalahan dalam penginputan rekam medis pasien. Apabila terjadi kesalahan, maka orang yang bertanggung jawab dalam pengawasan ini akan segera melakukan tindakan untuk menyelesaikan kesalahan tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan, proses pengawasan pelaksanaan sistem INA-CBGs meliputi :

# 1. Sistem pengawasan yang dilakukan kepada dokter dan koder

Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai sistem pengawasan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit:

*“kalau untuk rekam medik biasanya kontrol dilakukan setiap minggu. Kontrolnya itu dilakukan dengan melihat bagaimana kedisiplinannya itu dokter kumpul berkas rekam medis pasien. Sudah tepat waktu atau tidak. Itu semua dicatat, kemudian diklarifikasikan sama dokter yang bersangkutan”*

(A, Staf Pengelola BPJS, Agustus 2017)

*“sistem pengawasannya disini dilakukan setiap minggu. Yang kita lihat itu disini kedisiplinan dokter mengisi rekam medis pasiennya. Jika ada dokter yang tidak lengkap mengisi rekam medis, maka kita klarifikasikan dengan dokter yang bersangkutan/petugas unit rawat inap”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)

*“setiap minggu ada pengontrolan, itu dilihat dari kelengkapan dan ketepatan pengumpulan rekam medik”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa bagian rekam medik melakukan sistem pengawasan atau kontrol setiap minggu. Proses pengawasannya dilihat dari kedisiplinan dokter dalam mengisi kelengkapan rekam medis pasien. Proses pengawasan juga dilakukan kepada pegawai koder. Berikut kutipan hasil wawancara mengenai hal tersebut :

*“kontrolnya untuk koder itu setiap hari, karena kan kalo ada kesalahan input kode jadi ikut juga salah tarifnya nanti. Sistem pengawasannya itu dilakukan sama tim verifikasi dan antifraud”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Agustus 2017)

*“proses pengawasan untuk koder itu dilakukan setiap hari yang dilakukan oleh tim verifikasi internal dan antifraud. Salah memasukkan kode, maka akan mempengaruhi semuanya, bisa terjadi kerugian untuk semua pihak, rumah sakit ataupun dokter dan perawat yang bersangkutan”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa untuk bagian kodernya proses pengawasannya dilakukan setiap hari, yang dilakukan oleh tim verifikasi internal dan antifraud yang telah dibentuk oleh pihak rumah sakit.

## 2. Pengontrolan terhadap Software INA-CBGs

Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai pengontrolan terhadap software INA-CBGs:

*“software dari INA-CBGs ini harus selalu diupdate/diperbaharui agar tidak terjadi bias dalam proses penginputan. Maka dari itu, kita harus sering-sering mengontrol software dari aplikasi INA-CBGs”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)

*“harus selalu dikontrol ini aplikasinya INA-CBGs, karena harus diupdate sesuai dengan yang terbaru”.*

(A, Staf Pengelola BPJS, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa pengontrolan terhadap aplikasi INA-CBGs harus selalu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mengecek software dari aplikasi INA-CBGs masih valid atau tidak. Maka dari itu, softwrenya harus selalu diupdate atau diperbaharui.

## 3. Kesalahan yang ditemukan saat pengawasan kepada koder

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, diperoleh informasi mengenai kesalahan yang ditemukan saat pengawasan, yaitu sebagai berikut :

*“pernah ada teman saya yang salah memasukkan kode penyakit”*

(A, Staf Pengelola BPJS, Agustus 2017)



*“pernah ditemukan koder salah memasukkan kode penyakit”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa koder pernah melakukan kesalahan dengan memasukkan kode yang salah saat menginput data pasien.

#### 4. Tindakan yang dilakukan terhadap kesalahan tersebut

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, diperoleh informasi mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kesalahan yang ditemukan saat pengawasan, yaitu sebagai berikut :

*“diverifikasi kembali sama itu tim verifikasi dan anti fraud”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa tim verifikasi internal dan antifraud langsung memverifikasi kesalahan kode tersebut.

#### **e. Proses Evaluasi (*Evaluating*) dari Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan diperoleh informasi, mengenai proses evaluasi dari pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru, meliputi:

1. Metode evaluasi yang digunakan di bagian rekam medik dan bagian keuangan

Berikut hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai metode evaluasi yang digunakan dari pelaksanaan sistem INA-CBGs.

*“kalau dari pihak rekam medis, metode evaluasinya itu kita nilai dari kedisiplinannya para dokter dalam mengisi itu rekam medis pasien. Evaluasinya dilakukan pertiga bulan, tapi tetap hasilnya itu dilihat dan direkap tiap akhir tahun”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)



Pernyataan ini didukung dengan pernyataan yang dikemukakan oleh informan kunci, berikut kutipan hasil wawancaranya:

*“bagian unit rekam medik, sistem evaluasinya dilakukan tiap pertigabulan. Tapi hasil akhirnya itu dari semua rekapan data itu dilihat setiap akhir tahun”*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa dari unit rekam medis, sistem evaluasinya dilakukan setiap 3 bulan sekali. Tetapi untuk melihat hasil akhir dari evaluasinya itu dilihat diakhir tahunnya. Untuk metode evaluasi di bagian keuangan dilakukan dengan cara :

*“evaluasinya itu kita lakukan setiap pertrimester, persemester dan pertahunnya. Nilai akhirnya itu kita lihat, diakhir tahun”*

(H, Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi, Agustus 2017)

Pernyataan ini didukung oleh pernyataan informan kunci sebagai berikut:

*“bagian unit keuangan itu sistem evaluasinya dilakukan pertrimester, persemester, dan pertahunnya. Untuk hasil akhir dari evaluasinya kita lihat di akhir tahun”.*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Agustus 2017)

Informan menyatakan bahwa bagian unit keuangan melakukan evaluasi setiap trimester, persemester, dan pertahunnya.

## 2. Pihak-pihak yang bersangkutan dalam proses evaluasi

Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai hal tersebut :

*“dari rekam medik itu, yang terlibat dalam proses evaluasinya itu, yah pegawai rekam medik yang bertugas menginput data, saya (Kabag Rekam Medik), sama komite medik, biasanya juga saya ikut evaluasi mengenai pendapatan rumah sakit”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Agustus 2017)

*“saya (staf pengelola BPJS) yang bertugas mengkode dan yang lainnya juga, kabag rekam medik, komite medik, direktur sama wakil direktur”*

(AH, Staf Pengelola BPJS 2, Agustus 2017)

*“saya (Kasubag Perbendaharaan dan Remunerasi), seksi pelaporan sama seksi evaluasi juga, ada juga Kabag Rekam Medik untuk menyampaikan laporan”*

(H, Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa pihak-pihak yang terlibat dalam proses evaluasi itu berbeda-beda. Dibagian ruang rekam medik pihak yang terlibat yaitu pegawai rekam medik yang bertugas menginput data, tim verifikasi dan antifraud, Kepala Bagian Rekam Medik, dan Komite Medik. Sedangkan dibagian keuangan, pihak yang terlibat yaitu Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Remunerasi, seksi pelaporan dan seksi evaluasi serta juga melibatkan Kepala Bagian Rekam Medik.

### 3. Indikator keberhasilan/keefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs

Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan mengenai indikator keberhasilan/keefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs melalui proses evaluasi yang dilakukan:

*“kalau sudah lengkap resume medis pasien sama ketepatan pengumpulan resume rekan medis....kalau disini (ruang rekam medik) kedisiplinan dokter masih bertaraf sekitaran 80%. Karena masih ada dokter yang tidak lengkap isi rekam medis pasiennya, jadi perawat jaga terlambat kumpul rekam medis pasien”.*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“tepat waktu dalam merekap resume medis pasien.....kedisiplinannya dokter masih perlu ditingkatkan lagi, karena ada beberapa dokter yang tidak melengkapi rekam medis pasiennya”.*

(A, Staf Pengelola BPJS, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa, kelengkapan dan ketepatan waktu dalam mengumpulkan rekam medis pasien menjadi indikator keberhasilan dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan diperoleh informasi jika kedisiplinan dokter dalam melengkapi resume rekam medis masih kurang, karena masih ada beberapa dokter yang tidak mengisi rekam medis pasien secara lengkap.

*“berhasil/efisien kalo ada peningkatan dari pendapatannya rumah sakit.... selama pelaksanaan sistem INA-CBGs ini sejak 2014 akhir tahun 2016, rumah sakit tidak mengalami kerugian. Bahkan pendapatan yang kami dapat itu melebihi target yang ingin dicapai.....”*

(H, Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi, Juli 2017)

*“oh tidak ada. Rumah sakit tidak mengalami kerugian, kan sudah dilakukan subsidi silang untuk mengantisipasi kerugian yang akan dialami rumah sakit”*

(SF, Kabag Rekam Medik, Juli 2017)

*“dilihat dari hasil akhir dari evaluasi yang dilakukan. Misalnya, pendapatannya rumah sakit mencapai target ato tidak selama pelaksanaan sistem INA-CBGs ini.....Rumah sakit melakukan pengembangan ruang bayi dengan melakukan pengembangan ruang perawatan PICU, yang dananya diperoleh dari pembayaran pajak pasien, yang berhubungan juga dengan sistem INA-CBGs ini”.*

(MS, Wadir Pelayanan Medik, Juli 2017)

Informan menyatakan bahwa, hasil evaluasi yang diperoleh dibagian keuangan yaitu terjadi peningkatan pendapatan rumah sakit tiap tahunnya, adanya perbaikan dan pengembangan gedung rumah sakit, khususnya di gedung perawatan PICU.

### C. Pembahasan

Sistem INA-CBGs merupakan salah satu sistem pembiayaan layanan kesehatan. Sistem INA-CBGs merupakan sistem kodefikasi dari diagnosis terakhir dan tindakan/produser yang menjadi *output* pelayanan, berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9 *Clinical Modification* untuk tindakan/prosedur. Perhitungan tarif INA-CBGs menggunakan kode grup sesuai dengan jenis penyakit yang diderita oleh pasien.

Dalam proses pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru tidak terlepas dari fungsi manajemen, yaitu perencanaan (*planning*), organisasi (*organizing*), penggerakan (*actuating*), pengawasan (*controlling*), dan evaluasi (*evaluating*). Rasulullah SAW bersabda dalam sebuah hadist yang diriwayatkan oleh Imam Thabrani

يُحِبُّ                      يُثِقِّنُهُ (هُوَ)

Terjemahan : “Sesungguhnya Allah sangat mencintai orang yang jika melakukan suatu pekerjaan, dilakukan secara *Itqan* (tepat, terarah, jelas dan tuntas).” (HR. Thabrani)

Hadist diatas menerangkan bahwa Allah swt, sangat menyintai orang yang melakukan suatu pekerjaan secara tepat, terarah, jelas dan tuntas. Karena dengan cara-cara tersebut, maka pekerjaan akan mendatangkan suatu hasil yang baik.

Sama halnya dengan pelaksanaan sistem INA-CBGs yang terencana dengan baik, maka akan menghasilkan hasil yang baik pula. Dari hasil penelitian diperoleh informasi sebagai berikut :

### 1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah suatu maksud yang didokumentasikan secara khusus yang memuat tujuan dan tindakan. Tujuan adalah akhir dari tindakan, sedangkan tindakan itu sendiri adalah alat untuk sampai ketujuan tersebut. Dengan perkataan lain, bahwa tujuan merupakan target yang menjadi sasaran manajemen, sedangkan tindakan merupakan alat dan cara mencapai sasaran tersebut (Zaini Muchtarom, 62:1996).

Sebagai rumah sakit umum rujukan tipe B, RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone menerapkan sistem INA-CBGs sebagai pembayaran layanan kesehatan untuk pasien BPJS. Untuk mengefektifkan pelaksanaan INA-CBGs, maka rumah sakit melakukan beberapa perencanaan. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan beberapa perencanaan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit yaitu persiapan/penyediaan SDM, penyediaan fasilitas (sarana dan prasarana), proses penyusunan strategi, dan perencanaan anggaran.

Sumber daya manusia (SDM) merupakan hal mendasar yang perlu disiapkan sebelum menerapkan suatu kegiatan/program/kebijakan. Dengan tersedianya SDM yang memadai, maka kegiatan ataupun program yang akan diterapkan dalam suatu instansi dapat berjalan dengan baik. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, diperoleh informasi bahwa dalam proses perencanaan penerapan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru, pihak rumah sakit menyiapkan SDM yang sesuai dengan standar ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Untuk mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs pihak



rumah sakit menyediakan sebanyak 28 orang pegawai rekam medik, terdiri dari 7 orang pegawai berstatus PNS dan 21 orang pegawai berstatus non-PNS. Adapun data pegawai rekam medik tersebut dapat dilihat pada table 4.4 berikut ini:

**Tabel 4.4**  
**Daftar Pegawai Rekam Medis RSUD Tenriawaru berdasarkan Status Kepegawaiannya**

No	Nama Pegawai Rekam Medik	Jabatan	Status Kepegawaian	
			PNS	Non PNS
1.	St. Faridah, SKM	Ka Ruangan		-
2.	Abibin, SKM	Staf Rekam Medis		-
3.	Wa Ode Rusia	Staf Rekam Medis		-
4.	Aminah, SKM	Staf Rekam Medis		-
5.	A.Hadarniati, S.Sos	Staf Rekam Medis		-
6.	Suhartati	Staf Rekam Medis		-
7.	A.Hasmi Bandaso	Perawat Pelaksana		-
8.	Sri Hasriani, SKM	Rekam Medis/So/Kartu	-	
9.	Mirawati Basri, SKM	Rekam Medis/So/Kartu	-	
10.	Isneniati	Rekam Medis/So/Kartu	-	
11.	Arfia	Rekam Medis/So/Kartu	-	
12.	Herlina	Rekam Medis/So/Kartu	-	
13.	Hayung, S.Sos	Rekam Medis/So/Kartu	-	
14.	Mohammad Nawawi, S.Sos	Rekam Medis/So/Kartu	-	
15.	Nurmayanti, SH	Rekam Medis/So/Kartu	-	
16.	Erniati Adriani	Rekam Medis/So/Kartu	-	
17.	Vivi Aldianingsih	Rekam Medis/So/Kartu	-	
18.	Rasmiati M.Saleh	Rekam Medis/So/Kartu	-	
19.	Jefri, S.Kep	Rekam Medis/So/Kartu	-	
20.	Salmina, AMK	Rekam Medis/So/Kartu	-	
21.	Surialam, SPK	Rekam Medis/So/Kartu	-	
22.	Rafika Surba	Rekam Medis/So/Kartu	-	
23.	Tuti Emylia Aman	Rekam Medis/So/Kartu	-	
24.	Rian Sastika, Amd.RMIK	Rekam Medis/So/Kartu	-	
25.	Ruhil, Amd. RMIK	Rekam Medis/So/Kartu	-	
26.	Jusniati, Amd. RMIK	Rekam Medis/So/Kartu	-	
27.	Wira Apriani	Rekam Medis/So/Kartu	-	
28.	Ali Akbar Anwar, S.Sos	Rekam Medis/So/Kartu	-	

*Sumber : Data Kepegawaian Rekam Medis RSUD Tenriawaru 2016*

Selain persiapan SDM, dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs RSUD Tenriawaru juga menyediakan fasilitas yang dapat menunjang penerapannya.



Fasilitas atau sarana dan prasarana yang digunakan merupakan hal lain yang akan mempengaruhi keefektifan pelaksanaan sistem INA-CBGs. Meskipun memiliki SDM yang handal dan kompeten dibidangnya, namun jika tidak didukung oleh fasilitas yang berkualitas juga rasanya akan ada yang kurang. Rumah sakit memahami bahwa sistem INA-CBGs adalah komputerisasi, sehingga menyediakan komputer yang cukup dan Wi-Fi. Penyediaan Wi-Fi dengan kualitas jaringan yang baik dengan menggunakan jaringan “T” yang bertujuan untuk memperbarui software INA-CBGs agar pengenterian data rekam medis pasien dapat tetap dilakukan. Adapun Wi-Fi yang digunakan oleh pihak rumah sakit dapat dilihat pada gambar berikut ini:



**Gambar 4.5 WiFi yang digunakan RSUD Tenriawaru**

Rumah sakit juga menyediakan alat bantu listrik (stavolt) untuk mengantisipasi pemadaman listrik secara tiba-tiba. Selain untuk mengantisipasi pemadaman listrik, stavolt ini berfungsi untuk menstabilkan arus listrik di kisaran 220 V walaupun arus listrik naik turun, sehingga tidak akan merusak Power Supply CPU komputer yang ada di rumah sakit. Adapun stavolt yang disediakan oleh pihak rumah sakit dapat dilihat pada gambar berikut ini



**Gambar 4.6 Jenis Stavolt yang digunakan RSUD Tenriawaru**

Selain itu, rumah sakit juga menyediakan buku panduan yang dapat membantu petugas koder dalam melakukan koding, yakni ICD-10 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta ICD-9 untuk mengkode tindakan/prosedur. Berikut gambar buku ICD-10 dan ICD-9 yang disediakan oleh rumah sakit:



**Gambar 4.7 Buku Panduan Koder (ICD-10 dan ICD-9) Milik RSUD Tenriawaru**

Untuk meningkatkan kualitas dan mengefektifkan pelaksanaan sistem INA-CBGs, pihak RSUD Tenriawaru menyusun beberapa strategi. Penyusunan

strategi ini bertujuan untuk mencapai tujuan yang diharapkan dengan adanya pelaksanaan sistem INA-CBGs ini. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada informan, diperoleh informasi bahwa proses penyusunan strategi dilakukan dalam suatu rapat internal yang diadakan oleh pihak rumah sakit. Beberapa pihak yang terlibat dalam penyusunan strategi tersebut adalah pimpinan rumah sakit dan sejarannya, serta pihak BPJS yang telah ditempatkan di rumah sakit tersebut.

Adapun strategi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs yaitu dengan menetapkan target waktu dalam mengumpulkan berkas resume rekam medis pasien. Penargetan waktu ini dilakukan, agar proses penginputan dapat dilakukan secepat mungkin. Pembayaran pihak BPJS kepada pihak rumah sakit dapat dilakukan jika kelengkapan dari data pasien dapat dipenuhi. Pihak BPJS akan membayar pihak rumah sakit setiap tanggal 15 setiap bulannya, maka dari itu pihak rumah sakit menargetkan paling lambat pertanggal 10 setiap bulannya, kelengkapan data pasien yang menerima pelayanan kesehatan dengan status BPJS harus lengkap. Jika tidak, maka rumah sakit dan pihak yang memberi pelayanan kesehatan kepada pasien BPJS (dokter, perawat) akan mengalami kerugian.

Dalam mengantisipasi kerugian yang akan dialami dalam penerapan sistem INA-CBGs, pihak rumah sakit membuat rencana anggarannya. Dalam perencanaan anggaran tersebut, pihak rumah sakit menghitung dan menyediakan dana yang diperlukan. Adapun sumber dana yang digunakan untuk pelaksanaan sistem INA-CBGs berasal dari pendapatan rumah sakit itu sendiri.

Proses perencanaan yang dilakukan oleh pihak RSUD Tenriawaru dalam upaya menerapkan sistem INA-CBGs sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh George R Terry (2003) yang menyatakan bahwa kegiatan menetapkan sasaran, merumuskan strategi, menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan, dan menetapkan standar atau indikator keberhasilan merupakan kegiatan yang dilakukan dalam proses perencanaan (*planning*).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neng Lasmy Liesmaya yang meneliti mengenai Strategi Pejabat Pengelola Informasi Dan Dokumentasi (PPID) Polda Banten Dalam Pelayanan Informasi Publik (2013). Pada penelitian yang dilakukan oleh Neng Lasmy Liesmaya proses perencanaan yang dilakukan oleh pihak PPID dalam pelayanan informasi yaitu pemilihan SDM, persiapan media (fasilitas), serta penetapan dan pentuan strategi. Pemilihan SDM adalah langkah awal yang dilakukan oleh pihak PPID tujuannya untuk mendukung pelaksanaan program pelayanan informasi publik di Polda Banten. Selain pemilihan SDM Polda Banten menyiapkan web sebagai sarana atau media untuk mempublikasikan informasi terkait penyelenggaraan lembaganya.

Penelitian lainnya yang sejalan dengan hasil penelitian ini juga dilakukan oleh Rini Puspita Sari dkk (2014) mengenai Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mranggen Kabupaten Demak. Hasil penelitian Rini menjelaskan proses perencanaan meliputi *Man* yaitu narasumber, fasilitator dilakukan oleh bidan desa dan tim dari Puskesmas dan peserta maksimal 10 orang. *Method* yang digunakan baik penyampaian materi,

mengundang, dan pengukuran pengetahuan. *Material* yang digunakan yaitu materi yang diberikan, jumlah kelas dan pertemuan. *Money* yaitu sumber dana, penggunaan dana dan pemberian gaji.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Faula Azmie (2015) mengenai Manajemen Pengelolaan Portal Berita [www.goriau.com](http://www.goriau.com) dalam Menarik Minat Baca pada Media Sosial. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Faula ini menjelaskan bahwa langkah awal yang dilakukan oleh pihak keredaksian GoRiau.com untuk menarik minat baca pengguna media sosial yaitu melakukan penyusunan perencanaan yang meliputi perencanaan isi (berita), perencanaan desain, perencanaan biaya, perencanaan sarana dan perencanaan waktu.

## 2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Setelah melakukan proses perencanaan, proses selanjutnya adalah pengorganisasian (*organizing*). *Organizing* merupakan proses bagaimana strategi dan taktik yang telah dirumuskan dalam perencanaan didesain agar dapat diaplikasikan di organisasi, sistem dan lingkungan organisasi, dan juga dapat memastikan bahwa semua pihak dalam organisasi dapat bekerja secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan organisasi (George R Terry : 2003)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan *organizing* yang dilakukan oleh pihak rumah sakit yaitu, pembagian pegawai, pelatihan pegawai, pembagian tugas, dan koordinasi antar pegawai.

Untuk pembagian pegawainya, pihak rumah sakit menunjuk 10 pegawai rekam medis yang terlibat langsung dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs. Dari

10 orang pegawai tersebut dibagi menjadi dua kelompok. Ada sebanyak 5 orang yang bertugas di ruang rawat inap dan 5 orang lainnya bertugas dibagian rawat jalan. Penunjukkan 10 pegawai tersebut didasarkan atas kemampuan dan pengetahuan mereka terhadap sistem INA-CBGs. Pegawai yang memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk mengoperasikan aplikasi dari sistem ini, akan lebih mempercepat kegiatan penginputan. Kualifikasi SDM yang ditempatkan sebagai koder dan penghitung tarif rumah sakit secara otomatis akan mempengaruhi jalannya pelaksanaan sistem INA-CBGs.

Dari masing-masing kelompok yang dibagi menjadi 5 orang setiap kelompoknya. Untuk koder (pegawai rekam medik yang bertugas mengkode/menginput resume rekam medis) yang bertugas di ruang rawat dilakukan pembagian tugas kembali. Dari 5 orang tersebut, 3 diantaranya bertugas untuk mengkode, sedangkan 2 lainnya bertugas untuk menghitung tarif rumah sakit melalui Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Pembagian tugas ini dilakukan agar proses penginputan data pasien bisa diselesaikan dengan cepat.

Pelatihan pegawai diberikan kepada pegawai yang telah ditunjuk untuk mengoperasikan aplikasi dari sistem INA-CBGs atau yang sering disebut dengan pegawai koder. Pelatihan yang diikuti oleh pegawai yang bersangkutan diperlukan untuk menciptakan SDM yang kompeten dan mampu dalam mengoperasikan dengan baik aplikasi dari sistem INA-CBGs, seperti melakukan pengkodean.

Guna meningkatkan wawasan dan menjaga kekompakan untuk setiap pegawainya, maka upaya yang dilakukan oleh bidang rekam medis yaitu



melakukan koordinasi. Koordinasi dilakukan dengan cara melakukan rapat tersendiri yang dihadiri oleh pegawai yang bertanggung jawab terhadap penginputan data pasien. Hal ini dimaksudkan untuk tetap menjaga komunikasi dan hubungan antar pegawai rekam medik. Dengan adanya komunikasi dan hubungan yang baik, maka proses penginputan dapat berjalan dengan baik, hal itu dikarenakan setiap pegawai saling membantu dalam mengerjakan tugas yang diberikan. Wujud dari pelaksanaan *organizing* ini adalah tampaknya kesatuan yang utuh dan kekompakan dalam menjalankan tugas yang diberikan. Dalam perspektif islam menerangkan betapa pentingnya tindakan kesatuan yang utuh, seperti dalam Q.S Ali Imran/03:103 yang berbunyi:

وَأَعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا ۚ وَاذْكُرُوا نِعْمَةَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً  
فَقَفَّ يَنْ قُلُوبِكُمْ فَقَصَّبَكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوًا وَكُنْتُمْ لَهُمْ خُفْرَةً مِنَ النَّارِ  
فَانْقَذَكُمْ مِنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ ( )

**Terjemahnya:**

*“dan berpeganglah kamu semuanya kepada tali (agama) Allah, dan janganlah kamu bercerai berai, dan ingatlah akan nikmat Allah kepadamu ketika kamu dahulu (masa Jahiliyah) bermusuh-musuhan, Maka Allah mempersatukan hatimu, lalu menjadilah kamu karena nikmat Allah, orang-orang yang bersaudara; dan kamu telah berada di tepi jurang neraka, lalu Allah menyelamatkan kamu dari padanya. Demikianlah Allah menerangkan ayat-ayat-Nya kepadamu, agar kamu mendapat petunjuk”* (Departemen Agama RI, Al-Qur'an dan Terjemahnya 2006:63)

Dalam tafsir Al-Misbah dijelaskan bahwa maksud dari ayat di atas (*bepegang tegulah*) yakni upayakan sekuat tenaga untuk mengaitkan diri satu dengan yang lain dengan tuntunan Allah sambil menegakkan disiplin *kamu semua* tanpa kecuali. Sehingga kalau ada yang lupa ingatkan dia, atau ada yang tergelincir, bantu dia bangkit agar semua dapat bergantung *kepada tali agama*

*Allah. Kalau kamu lengah atau ada salah seorang yang menyimpang, keseimbangan akan kacau dan disiplin akan rusak. Karena itu bersatu padulah, dan janganlah kamu bercerai-berai dan ingatlah nikmat Allah kepadamu.*

Dari tafsiran ayat diatas, dapat diketahui bahwa Allah s.w.t, melarang kita untuk bercerai-berai, sebaliknya Allah menyuruh kita untuk bersatu padu agar tidak terjadi kekacauan. Sama halnya dalam *organizing*, kerjasama diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi. Jika terjadi perpecahan antar anggota, maka sistem tidak akan berjalan dengan baik dan lancar.

Kegiatan *organizing* yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh George R Terry (2003) yang menyatakan bahwa kegiatan dalam *organizing* yaitu mengalokasikan sumber daya atau sarana, merumuskan dan menetapkan tugas serta menetapkan prosedur yang diperlukan, penentuan *job description* yang bertujuan agar setiap pekerja bertanggungjawab dengan pekerjaannya, kegiatan pelatihan dan pengembangan SDM, serta penempatan posisi pekerja sesuai dengan kemampuan dan keahlian yang dimiliki.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Edyta Widi Nugraheni mengenai Manajemen Bantuan Sosial Rumah Tangga Miskin untuk Pemugaran Rumah Tidak Layak Huni oleh Bapermas, Perempuan KB dan Ketahanan Pangan Kota Salatiga (2013). Dalam penelitiannya proses pengorganisasian bantuan sosial RTM melalui pembentukan kelompok kerja di tingkat kelurahan dengan pembagian kerja yang telah ditetapkan sesuai dengan SK Kepala Bapermas.

Penelitian yang dilakukan Rini Puspita Sari dkk (2014) mengenai Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mranggen Kabupaten Demak sejalan dengan penelitian ini. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rini dkk menjelaskan kegiatan *organizing* yang dilakukan oleh pihak Puskesmas Mranggen yaitu pembentukan tim kerja, dukungan dari pihak desa, pembagian kerja didalam tim, serta koordinasi antar tim.

Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Mellisa Cindy Kharisma Louhenapessy (2016) mengenai Strategi Manajemen Produksi Program Berita Detak Melayu di Riau Televisi. Hasil penelitian Mellisa ini menjelaskan bahwa dalam tahapan *organizing* pihak Detak Melayu melakukan pembagian personel dan pembagian tugas personelnnya, yaitu sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh setiap individu. Pihak Detak Melayu menempatkan reporter dan kameramen pada posko-posko tertentu. Setiap tim terdiri dari satu reporter dan satu kameramen. Dan setiap tim ini ditempatkan ditempat yang strategis yang telah ditentukan yang kemudian meliput berita terkait dengan posisi masing-masing.

### 3. Pelaksanaan (*Actuating*)

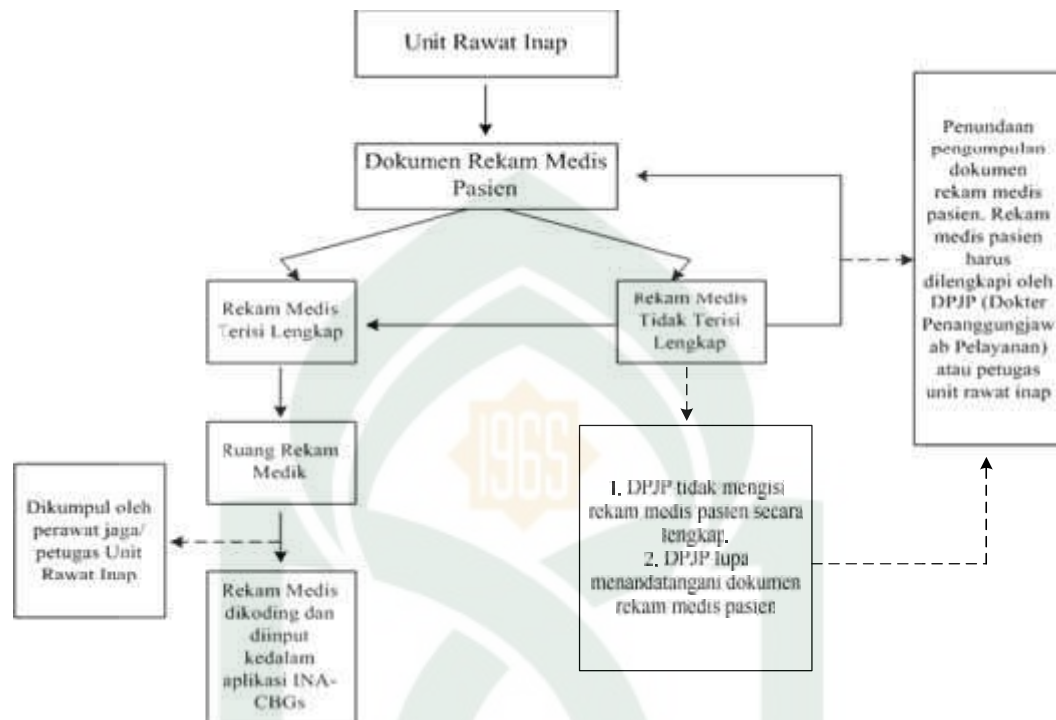
Tahap selanjutnya yang dilakukan oleh rumah sakit adalah pelaksanaan (*actuating*). *Actuating* merupakan tahap pelaksanaan program agar dapat dijalankan oleh seluruh pihak dalam organisasi serta proses memotivasi agar semua pihak tersebut dapat menjalankan tugasnya dengan penuh kesadaran dan produktifitas yang tinggi (George R Terry : 2003).

RSUD Tenriawaru menerapkan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem INA-CBGs mulai awal Januari 2014.

Semua hal-hal yang terdapat didalam Permenkes No. 27 tahun 2014 sudah dijalankan oleh rumah sakit. Dalam mengimplementasikan upaya-upaya yang harus dilakukan rumah sakit berdasarkan Permenkes No 27 tahun 2014 itu relatif karena dalam setiap proses pembelajaran sistem yang baru itu pasti terjadi berbagai macam masalah dan kendala yang timbul, namun seiring dengan perkembangannya rumah sakit terus melakukan perbaikan dan evaluasi demi meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien khususnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru mulai diterapkan pada awal Januari tahun 2014. Kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs yaitu berhubungan dengan proses penginputan data pasien, seperti tulisan dokter yang tidak bisa dibaca dan kedisiplinan dokter dalam mengisi rekam medis pasien. Kedisiplinan dokter dalam mengisi berkas rekam medis pasien merupakan penyebab utama keterlambatan pengumpulan rekam medis pasien ke ruang rekam medik. Pengumpulan rekam medis pasien rawat inap dilakukan oleh parawat jaga pada tiap-tiap bangsal. Pengumpulan berkas rekam medis dapat dilakukan jika berkas rekam medis tersebut sudah terisi dengan lengkap. Namun, terkadang dokter tidak mengisi diagnosis utama pasien, dokter hanya mengisi diagnosis awal pasien. Hal ini terjadi karena dokter lebih berfokus pada pemeriksaan pasien, sehingga dokter lupa untuk mengisi diagnosis utama pasien. Terkadang juga dokter lupa untuk menanda tangani berkas rekam medis pasien tersebut sebelum pulang. Adapun

alur dari pengumpulan dokumen rekam medis pasien rawat inap ke ruang rekam medik, dapat dilihat pada gambar berikut ini:



**Gambar 4.8 Alur Pengumpulan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap ke Ruang Rekam Medik**

Proses penginputan data atau rekam medis pasien rawat inap kedalam aplikasi INA-CBGs ini bertujuan untuk menentukan lamanya masa perawatan pasien serta menentukan tarif dan biaya yang dikeluarkan rumah sakit selama perawatan pasien.

Penentuan tarif perawatan untuk pasien rawat inap dengan sistem INA-CBGs diperoleh dengan menginput rekam medis. Resume rekam medis tersebut berisi diagnosis pasien dan tindakan/prosedur yang diterima pasien. Yang kemudian dikode. Selanjutnya koder akan menginput kode sesuai dengan kode penyakit dan jenis tindakan yang tertulis diresume rekam medis pasien dengan



menggunakan ICD-10 dan ICD-9,. Setelah menginput kode-kode tersebut, maka akan tercantum berapa tenggang waktu dan biaya perawatan pasien.

Dalam sistem INA-CBGs tarif untuk setiap jenis penyakit itu berbeda-beda. Selain tarifnya, lama perawatan pasien pun juga berbeda-beda. Semuanya sudah ditentukan dalam aplikasi INA-CBGs ini. Terkadang pasien ada yang mengalami lama perawatan melebihi dari waktu yang telah ditetapkan, khususnya pasien rawat inap. Berdasarkan wawancara mendalam, diperoleh informasi jika ada kasus pasien rawat inap yang mengalami perawatan melebihi dari waktu yang telah ditentukan dalam aplikasi INA-CBGs, maka biaya dari kelebihan perawatan pasien akan ditanggung oleh pihak rumah sakit tersebut. Kasus seperti ini, tidak menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian. Hal ini dikarenakan adanya subsidi silang. Maksud dari subsidi silang ini, yaitu biaya dari kelebihan perawatan pasien akan ditutupi dengan sisa biaya dari pasien yang perawatannya lebih cepat dari waktu yang ditentukan.

Proses *actuating* yang dilakukan pihak rumah sakit sejalan dengan teori George R Terry (2003) yang menjelaskan bahwa dalam kegiatan *actuating* salah satu pokok yang harus dilakukan yaitu memberikan tugas dan penjelasan rutin mengenai pekerjaan dan menjelaskan kebijakan yang ditetapkan. Dalam proses *actuating* tersebut, pihak rumah sakit sudah memberikan tugas dan penjelasan rutin mengenai pekerjaan (pegawai koder) dan menjelaskan kebijakan yang ditetapkan (proses penentuan tarif dengan menggunakan sistem INA-CBGs).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dina Wunari Wa Ode dkk (2015) yang juga menggali penerapan pelaksanaan



sistem INA-CBGs di RSUD Bahteramas Kota Kendari. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dalam proses upaya penerapan sistem ini, pihak RSUD Bahteramas Kota Kendari menerapkan aturan pengumpulan rekam medis pasien paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang, penjelasan mengenai proses penentuan tarif INA-CBGs, dan kendala dalam tulisan dokter yang sulit dibaca.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Mellisa Cindy Kharisma Louhenapessy (2016) mengenai Strategi Manajemen Produksi Program Berita Detak Melayu di Riau Televisi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mellisa menjelaskan, bahwa dalam tahap pelaksanaan manajemen produksi yang dilakukan oleh pihak Detak Melayu meliputi tahapan peliputan berita. Tahap ini dilakukan oleh masing-masing wartawan yang sudah ditugaskan pada posko liputannya masing-masing. Ada yang bertugas sebagai kameramen dan reporter. Tugas kameramen adalah melakukan pengambilan gambar dengan baik sedangkan reporter menyajikan berita yang telah didapat sefaktual mungkin. Pada tahap ini menjelaskan secara detail tugas-tugas (pekerjaan) yang harus dilakukan oleh karyawan yang terpilih agar pelaksanaan produksi Demak Melayu dapat berjalan dengan baik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rini Puspita Sari dkk (2014) mengenai Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mrangen Kabupaten Demak pada tahap pelaksanaan (*actuating*) juga menjelaskan peranan (tugas) dari narasumber dan fasilitator yang telah ditunjuk dalam melaksanakan kegiatan kelas ibu hamil. Pada tahap ini pula menjelaskan secara detail proses kegiatan dari kelas ibu hamil tersebut.

#### 4. Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan adalah proses penentuan apa yang harus diselesaikan, yaitu: pelaksanaan, penilaian pelaksanaan, bila perlu melakukan tindakan korektif agar supaya pelaksanaannya tetap sesuai dengan rencana yaitu sesuai dengan standar (Soewarno, 26:1983).

Pengawasan merupakan hal yang harus dilakukan dalam setiap kegiatan agar supaya pelaksanaan kegiatan berjalan sesuai dengan perintah dan rencana yang telah ditetapkan sejak awal. Pengawasan pelaksanaan sistem INA-CBGs ini dilakukan secara bertahap dan berjenjang, mulai dari kepala bagian manajer sampai direktur rumah sakit untuk melakukan audit.

Pada tahap pengawasan (*controlling*), pihak rumah sakit melakukan berbagai upaya dalam melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan sistem INA-CBGs. Salah satunya yaitu, pihak rumah sakit membentuk tim verifikasi internal dan anti fraud. Tim verifikasi internal dan anti fraud ini bertujuan untuk melakukan perbaikan atau memverifikasi kesalahan yang dilakukan koder dalam melakukan penginputan resume rekam medis pasien. Misalnya, saat koder melakukan kesalahan saat menginput data pasien, seperti koder salah memasukkan kode penyakit, maka tugas dari tim verifikasi internal inilah yang akan memperbaiki kesalahan koder. Hal ini dilakukan agar pihak rumah sakit dan pihak pasien tidak mengalami kerugian.

Pembentukan tim verifikasi internal dan anti fraud pada dasarnya dibentuk oleh rumah sakit untuk mengontrol jalannya sistem INA-CBGs ini. Tugas dari tim verifikasi dan anti fraud berjalan beriringan, jika tim verifikasi bertugas untuk memperbaiki kesalahan dari koder dalam memasukkan kode penyakit, sehingga tariff yang dikeluarkan sesuai dengan pelayanan yang dikeluarkan, maka anti fraud bertugas untuk mengawasi kecurangan-kecurangan yang terjadi dalam sistem INA-CBGs ini. Tugas dari anti fraud ini sama halnya dengan tugas dari KPK, jika KPK bertugas untuk mengawasi kecurangan dana yang bersangkutan dengan pemerintah, maka anti fraud ini bertugas untuk mengawasi kecurangan dana disekitar rumah sakit. Misalnya jika biaya ganti yang diterima oleh rumah sakit dari pihak BPJS sebanyak Rp 100.000.000,00, maka anti fraud akan mengawasi bahwa pihak rumah sakit benar-benar melaporkan kepada pihak BPJS bahwa biaya ganti yang harus ditanggung oleh BPJS harus sesuai dengan perhitungan tersebut, yaitu sebanyak Rp 100.000.000,00 tidak lebih dan tidak kurang, dan sebaliknya.

Selain pembentukan tim verifikasi internal dan antifraud, upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi keterlambatan dalam proses penginputan data pasien, maka pihak rumah sakit khususnya di bidang rekam medis melakukan sistem pengawasan. Sistem pengawasannya dilakukan seminggu sekali. Proses pengawasannya dilakukan dengan melihat kedisiplinan dokter dalam mengumpulkan berkas/resume rekam medis pasien. Semakin lama dokter mengumpulkan resume rekam medis pasien, maka proses penginputan juga semakin lama selesainya. Dan hal itu membawa dampak buruk.

Sistem pengawasan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sejalan dengan teori George R Terry (2003) yang menyatakan bahwa kegiatan dalam *controlling* yaitu mengambil langkah klarifikasi dan koreksi atas penyimpangan yang mungkin ditemukan. Langkah ini harus selalu dilakukan agar setiap kesalahan yang ada dapat segera diperbaiki.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Edyta WN yang meneliti mengenai manajemen bantuan sosial rumah tangga miskin. Dalam penelitian tersebut menjelaskan bahwa proses pengawasan dilakukan oleh masing-masing ketua kelompok kerja yang telah ditunjuk dan bertanggungjawab untuk membuat laporan pertanggungjawaban. Kegunaan dari laporan pertanggungjawaban ini untuk mencegah dan mengurangi kecurangan oleh pihak-pihak yang tidak bertanggungjawab.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Mellisa Cindy Kharisma Louhenapessy (2016) mengenai Strategi Manajemen Produksi Program Berita Detak Melayu di Riau Televisi. Hasil penelitian Mellisa menjelaskan bahwa untuk menilai proses manajemen sebelumnya (*planning, organizing, dan actuating*) maka pihak Detak Melayu melakukan pengawasan. Bentuk pengawasan yang dilakukan oleh pihak Detak Melayu, yaitu dilakukan dalam dua rapat. Rapat pertama adalah rapat redaksi yang setiap hari dilaksanakan pada pukul 07.00 WIB dan rapat yang kedua adalah rapat tentang mengevaluasi kegiatan redaksi selama satu minggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Faula Azmie (2015) mengenai Manajemen Pengelolaan Portal Berita [www.goriau.com](http://www.goriau.com) dalam Menarik Minat

Baca pada Media Sosial juga melakukan pengawasan untuk mengontrol pelaksanaan pengelolaan portal berita [www.goriau.com](http://www.goriau.com), mulai dari perencanaan, pengorganisasian, sampai penggerakan. Pengawasannya dilakukan dengan melihat seberapa bagus isi dan desain berita yang akan disajikan ke media sosial, serta kelengkapan sarana yang digunakan, sudah memadai atau belum.

#### 5. Evaluasi (*evaluating*)

Evaluasi (*evaluating*) merupakan tahapan akhir dari suatu proses. Pengadaan evaluasi bertujuan untuk menilai hasil akhir dari suatu proses. Suatu kebijakan atau program dapat dikatakan berhasil jika hasil evaluasinya menunjukkan hal yang positif dan sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, ada beberapa metode evaluasi yang digunakan oleh pihak rumah sakit untuk menilai pelaksanaan sistem INA-CBGs, yaitu dibagian unit rekam medis , sistem evaluasinya dilakukan setiap tiga bulan sekali, tetapi hasil dari evaluasi ini dilihat dari hasil rekap selama setahun penuh. Sedangkan untuk bagian keuangan sistem evaluasinya juga dilakukan per trimester, persemester, dan pertahun. Untuk proses evaluasi ini dilakukan oleh pihak-pihak tertentu yang telah diberikan tanggungjawab untuk melakukan kegiatan evaluasi tersebut.

Hasil evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa selama pelaksanaan sistem INA-CBGs, rumah sakit mengalami beberapa peningkatan, baik itu peningkatan dalam bidang mutu pelayanan, perbaikan dan pengembangan infrastruktur rumah sakit, dan peningkatan pendapatan rumah sakit. Dengan demikian, pelaksanaan sistem INA-CBGs (pembayaran layanan kesehatan

berdasarkan paket) di RSUD Tenriawaru memberi dampak yang baik bagi rumah sakit itu sendiri, yaitu dapat meningkatkan efisiensi pelayanan dan pendapatan rumah sakit. Peningkatan pendapatan rumah sakit tiap tahunnya dapat dilihat pada gambar berikut:



**Gambar 4.9 Pendapatan RSUD Tenriawaru dari Tahun 2015-2017 (Januari-Juni)**

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zeynep Or (2013) mengenai Implementation of DRG Payment in France: Issue and recent development. Penelitian yang dilakukan oleh Zeynep Or membahas mengenai implementasi sistem pembayaran berbasis DRG (sistem paket) di Prancis, yaitu sistem yang hampir sama dengan sistem yang diberlakukan di Indonesia (INACBGs). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa, implementasi sistem pembayaran berbasis DRG yang diberlakukan di Prancis juga memberikan dampak yang positif bagi rumah sakit, yaitu meningkatkan efisiensi dan transparansi dana rumah sakit, serta meningkatkan akuntabilitas dan produktivitas pelayanan rumah sakit.

Hasil penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Dina Wunari Wa Ode dkk (2015) yang juga menggali



penerapan pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Bahteramas Kota Kendari. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa metode evaluasi untuk bagian rekam medis adalah menggunakan agenda rekam medis pasien dengan melihat keterlambatan, ketidak lengkapan, dan juga tulisan yang tidak bisa dibaca yang dilakukan setiap tiga bulan sekali. Evaluasi keuangan rumah sakit biasanya dilakukan perbulan, pertiga bulan, persemester, dan pertahun.

Hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Daru Wahyuningsih (2015) mengenai Evaluasi Program Manajemen *Blended Learning* (Studi Kasus Mata Kuliah Geofisika Program Studi Pendidikan Fisika FKIP Universitas Sebelas Maret). Kegiatan evaluasi yang dilakukan oleh Daru Wahyuningsih meliputi evaluasi hasil belajar dan evaluasi program. Evaluasi belajar dan evaluasi program dilakukan untuk mengukur ketercapaian tujuan pembelajaran mata kuliah Geofisika oleh masing-masing mahasiswa. Meskipun penelitian yang dilakukan oleh Daru Wahyuningsih berbeda tema, akan tetapi secara kontekstual kegiatan evaluasi yang dilakukan sama, yaitu mengukur sampai sejauh mana ketercapaian tujuan dari program/kebijakan yang diteliti.

Melihat hasil evaluasi dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs, dapat disimpulkan jika pelaksanaan sistem INA-CBGs berjalan secara efisien, terbukti dengan terjadinya peningkatan pendapatan rumah sakit dari tahun ketahun sejak diberlakukannya sistem INA-CBGs ini.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka gambaran pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD

Tenriawaru secara singkat dapat digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut:



**Gambar 4.10 Bagan Gambaran Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru**

#### ***D. Keterbatasan Penelitian***

Keterbatasan penelitian ini, yaitu penelitian ini hanya berfokus memberikan gambaran pelaksanaan sistem INA-CBGs di bagian rawat inap. Sehingga peneliti hanya memperoleh informasi mengenai proses pelaksanaan sistem INA-CBGs di ruang rawat inap pasien, tidak untuk semua unit pelayanan pasien.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan dalam penelitian ini adalah :

1. Proses perencanaan (*planning*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs yang dilakukan oleh pihak RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone, meliputi penyediaan sumber daya manusia (SDM), penyediaan fasilitas (sarana dan prasarana), proses penyusunan dan pembentukan strategi serta proses penyusunan anggaran.
2. Proses pengorganisasian (*organizing*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, meliputi pembagian pegawai, pelatihan pegawai, pembagian tugas dan koordinasi antar pegawai.
3. Proses pelaksanaan (*actuating*) sistem INA-CBGs yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dimulai dengan penetapan pemberlakuan sistem INA-CBGs, kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs, alur pendaftaran untuk pasien rawat inap dengan status BPJS, proses penentuan tarif INA-CBGs, serta penanganan untuk kasus pasien rawat inap yang mengalami masa perawatan melebihi target dari sistem INA-CBGs.
4. Proses pengawasan (*controlling*) dari pelaksanaan sistem INA-CBGs yang dilakukan oleh pihak rumah sakit meliputi pengawasan terhadap tindakan dokter dan koder yang berhubungan dengan rekam medis pasien, pengontrolan terhadap software INA-CBGs, kesalahan yang pernah

ditemukan saat pengawasan, serta tindakan/upaya yang dilakukan untuk menindaki kesalahan tersebut.

5. Proses evaluasi (*evaluating*) yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, meliputi pengevaluasian dibagian ruang rekam medis dan dibagian keuangan, penentuan pihak-pihak ikut dalam proses pengevaluasian, dan hasil evaluasi yang diperoleh.
6. Secara keseluruhan jika dilihat dari sistem manajemen yang diterapkan, pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone sudah berjalan cukup teratur dan efektif, hanya saja kedisiplinan dokter yang belum terealisasi dengan baik, sehingga menghambat prosedur penginputan data pasien.

## **B. Saran**

Beberapa saran atau implikasi penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut :

1. Untuk para dokter agar lebih memperhatikan segi penulisannya, agar koder dapat membaca hasil resume rekam medis pasien.
2. Untuk para koder perlu adanya pengecekan kembali dalam hal pengisian kode INA-CBGs sesuai ICD-9 CM (tindakan yang dilakukan) dan ICD-10 (diagnosa penyakit), karena kode INA-CBGs mempengaruhi besaran biaya yang keluar sebagai tarif.
3. Bagi dokter perlu adanya kesadaran diri akan kedisiplinan dalam mengisi rekam medis pasien dan ketepatan waktu dalam hal pemeriksaan pasien.
4. Untuk peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian mengenai pelaksanaan sistem INA-CBGs untuk ruang perawatan lainnya di rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. (2010). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Audah, A. (1993). *Qur'an Terjemahan dan Tafsirnya/Abdullah Yusuf*. Jakarta: Pustaka Firdaus.
- Azwar, S. (1996). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azmie, Muhammad F. (2015). Manajemen Pengelolaan Portal Berita www.GoRiau.com dalam Menarik Minat Baca pada Media Sosial. *Jom FISIP*, Volume 2, No.1, h.1-15. 12 Oktober 2017.
- Bausat, N. (2015). Strategi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Menuju Implementasi Sistem Pembayaran Prospektif. *Administrasi Kebijakan Kesehatan*, Volume 01, No.2, h.96-106. 02 Mei 2017.
- Budiarto, W., & Sugiharto, M. (2012). Biaya Klaim INA-CBGs dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas di Rumah Sakit Studi di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan. *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Volume 16, No.1, 01 Mei 2017.
- Diah, I. (2013). Dampak Biaya Laboratorium terhadap Kesenjangan Tarif INA-CBGs dan Biaya Riil Diagnosis Leukimia. *Kesehatan Masyarakat*, Volume 7, No.10, 02 Mei 2017.
- Hamka. (2003). *Tafsir Al Azhar Juzu 13-14*. Jakarta: Pustaka Panjimas.
- Handyaningrat, S. (1983). *Ilmu Administrasi dan Management*. Jakarta: PT. Gunung Agung.
- Hasanah, U. (2013). Analisis Perbedaan Klaim INA-CBGs Berdasarkan Kelengkapan Data Rekam Medis pada Kasus Emergency Sectio Cesaria Trimester I tahun 2013 di RSUD KRT Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Manajemen Informasi Kesehatan Indoneia*, Volume 01, No.2, 01 Mei 2017.
- Hasibuan, M. (2007). *Manajemen Sumber Daya Manusia edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Herlinawati, F., & Ernawati, D. (2015). Analysis Of Knowledge and Attitude of Medical Record Officer Code of Determination in Disease and INA-CBGs Hospital Dr. H. Soewondo Kendal 2015. *Skripsi*, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang. 04 Mei 2017.



- Indriyati , O. (2016). Compariso Between Hospital Cost and INA-CBGs Tarif of Inpatient Care In The National Health Insurance Scheme In Solo, Boyolali. *Manajemen Kebijakan Kesehatan*, Volume 01, No.2. 05 Mei 2017.
- Indriyati, d. (2015). Analisis Tarif Rumah Sakit dibandingkan dengan Tarif INA-CBGs pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit. *Skripsi*, Universitas Sebelas Maret., Surakarta. 04 Mei 2017.
- Liesmaya, N. (2013). Strategi Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID) Polda Banten dalam Pelayanan Informasi Publik. *Skripsi*, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa Serang, 02 September 2017.
- Littlejohn, S. (2006). *Theories of Human Communication*. 3<sup>rd</sup> ed. Belmont: Wadsworth.
- Louhenapessy, Mellisa C.K. (2016). Strategi Manajemen Produksi Berita Detak Melayu di Riau Televisi. *Jom FISIP*, Volume 3, No.1, h.1-12, 13 Oktober 2017.
- Muchtarom, Z. (1996). *Dasar-dasar Manajemen*. Yogyakarta: Al Amin Press dan IKFA.
- Nugraheni, Edyta W. (2013). Manajemen Bantuan Sosial Rumah Tangga Miskin untuk Pemugaran Rumah Tidak Layak Huni oleh Bapermas, Perempuan, KB, dan Ketahanan Pangan Kota Salatiga. *Sripsi*. Universitas Sebelas Maret Surakarta. 10 Oktober 2017.
- Or Zeynep. (2013). Implementation of DRG Payment in France: Issue and recent developments. *Health Policy* 117, h.146-150. 30 Oktober 2017.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs*. (n.d.).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. (n.d.).
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Kabupaten Bone tahun 2016*. (n.d.).
- Sari, Rini Puspita dkk. (2014). Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mrangen Kabupaten Demak. *Kesehatan Masyarakat*, Volume 2, No.3, h.176-183. 10 Oktober 2017
- Shihab, M. (2009). *Tafsir Al-Misbah*. Jakarta: Lentera Hati.

- Sulaeman, E. (2014). *Promosi Kesehatan*. Surakarta: UNS Press.
- Sulastomo. (2014). *Manajemen Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Syamsi, I. (1998). *Pokok-pokok Organisasi dan Manajemen*. Jakarta: Bina Aksara.
- Thabrani , H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Terry, George R (2003). *Prinsip-prinsip Manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara
- Trias Novitasari, S., & Mahawati, E. (2010). Analisis Lama Perawatan (Los) Partus Seksio Caesarea pada Pasien Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2010. *Skripsi*, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang. 05 Mei 2017.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit* . (n.d.).
- Wahyuningsih, Daru. (2015). Evaluasi Program Manajemen *Blended Learnig* (Studi Kasus Mata Kuliah Geofisika Program Studi Pendidikan Fisika FKIP Universitas Sebelas Maret). *Prosiding Seminar Nasional Fisika dan Pendidikan Fisika (SNFPF)*. Volume 6, No.1, h.78-82. 15 Oktober 2017.
- Wunari, D. (2015). Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups/INA-CBGs) di Ruang Rawat Inap RSU Bahteramas Kota Kendari Tahun 2015. *Skripsi*, Universitas Halu Oleo, 03 Mei 2017.

L

A

M

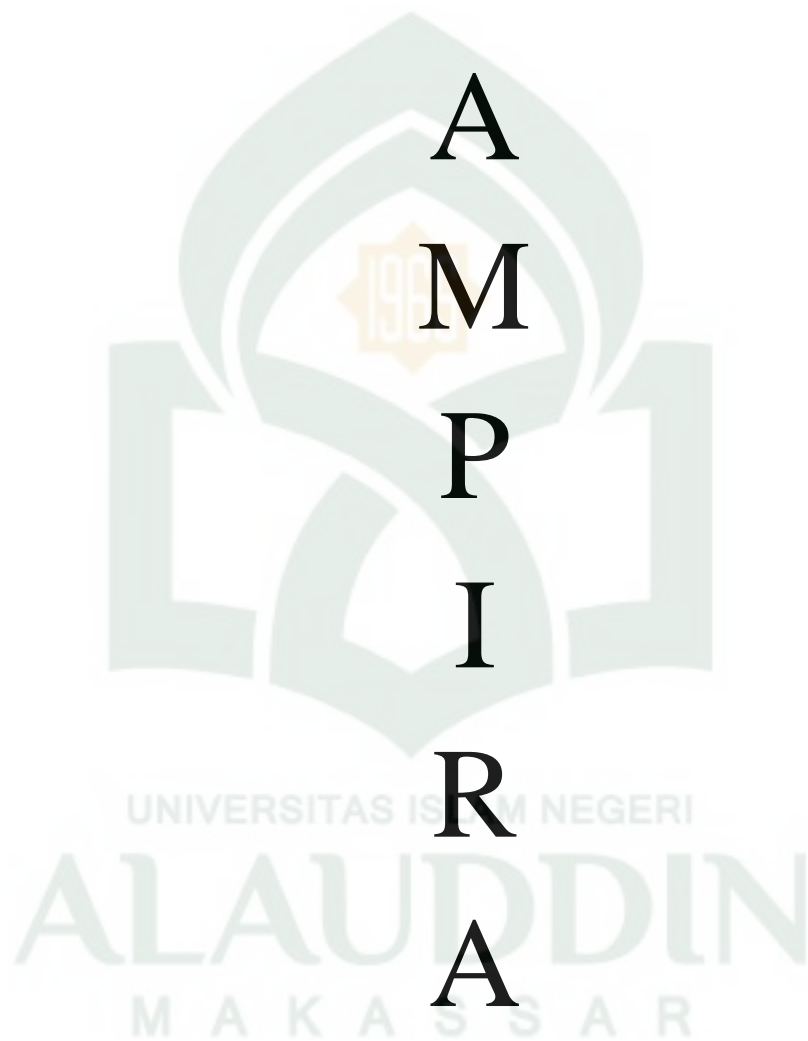
P

I

R

A

N



Nomor : B/349/FKIK/PP.00.9/ 06 /2017  
Lamp : -  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Samata-Gowa, 15 Juni 2017

Kepada Yth.  
Gubernur Prop. Sulawesi Selatan  
Cq. Kepala UPT P2T, BKPM D Prov. Sul-Sel

di-  
Makassar

Assalamu 'alaikum wr wb

Sehubungan dengan penyelesaian Skripsi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan rekomendasi untuk mengadakan penelitian di **RSUD Tenriawaru, Kabupaten Bone** kepada mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : Nur Alam Syam  
NIM : 70200113069  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Judul Penelitian : Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan Dengan Sistem Diagnose Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab. Bone Tahun 2017.  
Dosen Pembimbing : 1. Dr. ST. Raodhah, SKM., M.Kes.  
2. Nurdianah S, SKM., MPH.

Demikian harapan kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Wassalam  
Dekan



Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.  
NIP. 19550203 198312 1 001





12017181428453

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 9280/S.01P/P2T/06/2017  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Bupati Bone

di-  
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Nomor : B.15493/FKIK/PP.00.9/06/2017 tanggal 19 Juni 2017 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **NUR ALAM SYAM**  
Nomor Pokok : 70200113069  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. Muh. Yasin Limpo No. 36 Samata, Sungguminasa-Gowa

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

**" GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBEYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSA PENYAKIT (INA-CBGS) DI RAWAT INAP RSUD TENRIWARU KAB. BONE TAHUN 2017 "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **03 s/d 31 Juli 2017**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar  
Pada tanggal : 20 Juni 2017

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

**A. M. YAMIN, SE., MS.**

Pangkat : Pembina Utama Madya  
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth

1. Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*



**PEMERINTAH KABUPATEN BONE**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jl. Jenderal Ahmad Yani No. 3 Watampone Telp. (0481) 25056

**IZIN PENELITIAN**

Nomor: 070/12.656/VII/IP/DPMPTSP/2017

**DASAR HUKUM :**

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan Teknologi;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;

Dengan ini memberikan Izin Penelitian Kepada :

Nama : **NUR ALAM SYAM**  
NIP/Nim/Nomor Pokok : 70200113069  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : BTN Karmila Jl. Gunung Kinibalu Kel. Macanang  
Kec. Tanete Riattang Barat  
Pekerjaan : Mahasiswi UIN Alauddin Makassar

Maksud dan Tujuan mengadakan penelitian dalam rangka Penulisan Skripsi dengan Judul :

**" GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSE PENYAKIT( INA- CBGS) DI RAWAT INAP RSUD TENRIAWARU KAB. BONE TAHUN 2017"**

Lamanya Penelitian : 03 Juli 2017 s/d 03 Agustus 2017

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan penelitian kiranya melapor pada Direktur BLUD RSU Tenriawaru Kelas B Watampone Kabupaten Bone.
2. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta menghormati Adat Istiadat setempat.
3. Penelitian tidak menyimpang dari maksud izin yang diberikan.
4. Menyerahkan 1 ( satu ) exemplar Foto Copy hasil penelitian kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone.
5. Surat Izin Penelitian ini dinyatakan tidak berlaku, bilamana pemegang izin ternyata tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut diatas.

Demikian Izin Penelitian ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Watampone, 03 Juli 2017

**KEPALA.**

**Drs. MUHAMMAD AKBAR, MM**

Pangkat : Pembina Utama Muda

Nip : 19660717 198603 1 009

Tembusan Kepada Yth.:

1. Bupati Bone di Watampone
2. Ketua DPRD Kab. Bone di Watampone
3. Direktur BLUD RSU Tenriawaru Kelas B Watampone Kab. Bone di Watampone
4. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kab. Bone di Watampone





**PEMERINTAH KABUPATEN BONE**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TENRIAWARU KELAS B**  
Alamat : Jln. Dr. Wahidin Sudiro Husodo No.12. Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan  
Kode Pos 92733 Tlp.(0481) 210069, Fax: 0481-26634

## **SURAT KETERANGAN**

NO : 070 / 06.01. 1942 /RSU

Yang bertanda tangan dibawah ini, Direktur RSUD Tenriawaru Kelas B Bone menerangkan bahwa yang tersebut namanya berikut ini :

Nama : NUR ALAM. SYAM  
NIM : 7020011369  
Prog. Studi : SI Kesehatan Masyarakat Konsentrasi AKK  
Alamat : Jl.Gunung Kini Balu, BTN KARMILA  
No. Hp : 085394161757

Benar telah melakukan Penelitian Di RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone, di Ruang Rekam Medis selama 04 hari dari tanggal 05 s/d 08 Juli 2017, di Ruang Pembendaharaan dan Remunerasi selama 03 hari dari tanggal 19 s/d 21 Juli 2017, dan di Ruang Wakil Direktur Pelayanan Medik dan SDM selama 02 hari dari tanggal 24 s/d 25 Juli 2017 dengan judul Skripsi **"GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSE PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAT RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017"**.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Watampone, 8 Agustus 2017

an. Direktur  
Kabid Pengembangan RS & SDM

**Hj. Rahmawati, SKM, M.Kes**  
Nip. 19670717 198703 2 005



**KEMENTERIAN AGAMA RI  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**

Kampus I: Jl Sultan Alauddin No.63 Telp (0411) 864924 Fax (0411) 864923 Makassar  
Kampus II: Jl. Sultan Alauddin No.36 Telp (0411) 841879 Fax (0411) 8221400 SamataGowa

**PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Saya Nur Alam. Syam, selaku peneliti dari Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, bermaksud mengadakan penelitian untuk memperoleh informasi tentang :

**“GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN  
KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSIS PENYAKIT (INA-CBGs)  
DI RAWAT INAP RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017”**

Sehubungan dengan hal tersebut saya berharap Bapak/Ibu bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dimana akan dilakukan wawancara mendalam terkait dengan judul penelitian diatas, bertujuan untuk mengumpulkan informasi melalui bapak/ibu yang akan direkam melalui alat perekam suara agar peneliti bisa menganalisis hasil wawancara tersebut.

Watampone, 2017

Hormat saya,  
Peneliti

**Nur Alam Syam**  
70200113069



**KEMENTERIAN AGAMA RI**  
**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**  
Kampus I: Jl Sultan Alauddin No.63 Telp (0411) 864924 Fax (0411) 864923 Makassar  
Kampus II: Jl. Sultan Alauddin No.36 Telp (0411) 841879 Fax (0411) 8221400 SamataGowa

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

### **(INFORMED CONSENT)**

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama Informan :

Pendidikan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **“GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSIS PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAP RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017”**, untuk memberikan informasi kepada peneliti sehubungan dengan judul penelitian tersebut.

Demikian pernyataan ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Watampone,

2017

Hormat saya,  
Responden

(.....)

**PEDOMAN WAWANCARA GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN  
DENGAN SISTEM DIAGNOSE PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAP  
RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017**

No.	Topik	Pertanyaan Umum	Pertanyaan Khusus	Probing
1.	Perencanaan ( <i>Planning</i> )	Menggali informasi mengenai perencanaan yang dilakukan sebelum pelaksanaan sistem INA-CBGs.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana penyediaan SDM yang dilakukan pihak rumah sakit untuk menerapkan sistem INA-CBGs ?</li> <li>2. Bagaimana penyediaan fasilitas (sarana dan prasarana) yang dilakukan pihak rumah sakit dalam menerapkan sistem INA-CBGs ?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berapakah tenaga SDM yang disediakan rumah sakit dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</li> <li>2. Apakah jumlah tenaga SDM yang ada di RSUD Tenriawaru sudah sesuai dengan standar ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit ?</li> <li>1. Apakah rumah sakit menyediakan komputer yang cukup dalam mendukung pelaksanaan system INA-CBGs ?</li> <li>2. Apakah rumah sakit memiliki jaringan internet (WiFi) yang bagus agar dapat membantu memperbaharui software dalam pengentrian rekam medis pasien?</li> <li>3. Apakah rumah sakit menyediakan</li> </ol>

			<p>3. Bagaimana strategi yang dilakukan rumah sakit dalam upaya mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</p> <p>4. Bagaimana rencana anggaran yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam menerapkan sistem INA-CBGs ?</p>	<p>alat cadangan listrik yang dapat digunakan saat terjadi pemadaman listrik secara tiba-tiba ?</p> <p>1. Bagaimana cara Anda dalam menyusun strategi untuk mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</p> <p>2. Siapa saja yang terlibat dalam penyusunan strategi-strategi tersebut ?</p> <p>3. Apa saja bentuk-bentuk strategi yang telah disusun ?</p> <p>1. Bagaimana merencanakan anggaran untuk pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</p> <p>2. Darimana sumber anggaran tersebut diperoleh ?</p>
2.	Pengorganisa sian ( <i>Organizing</i> )	Menggali informasi mengenai pengorganisasian di RSUD Tenriawaru yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan system INA-CBGs	1. Bagaimana pembagian dan kesiapan sumber daya dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs ?	<p>1. Siapa saja yang terlibat secara langsung dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</p> <p>2. Apakah pegawai yang telah ditunjuk dalam menjalankan aplikasi dari sistem INA-CBGs (koder) pernah mengikuti pelatihan</p>



				<p>pengisian kode penyakit ?</p> <p>3. Bagaimana pembagian tugas masing-masing pihak yang terlibat dalam menjalankan sistem INA-CBGs ?</p> <p>4. Bagaimana cara koordinasi yang dilakukan oleh masing-masing pihak ?</p>
3.	Pelaksanaan (Actuating)	Menggali informasi mengenai pelaksanaan kebijakan system INA-CBGs	1. Bagaimana pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru ?	<p>1. Sejak kapan sistem INA-CBGs ini diberlakukan ?</p> <p>2. Bagaimana alur pendaftaran pasien rawat inap BPJS ?</p> <p>3. Bagaimana proses penentuan tarif pasien rawat inap yang berstatus BPJS ?</p> <p>4. Bagaimana penanganan yang dilakukan pihak rumah sakit untuk kasus pasien rawat inap BPJS yang lama perawatannya melebihi dari waktu yang telah ditentukan ?</p> <p>5. Kendala apa saja yang dialami dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs ?</p> <p>6. Selama pelaksanaan system INA-CBGs apakah rumah sakit melakukan upaya peningkatan dan pengembangan kualitas dan kuantitas SDM ?</p>



4.	Pengawasan ( <i>Controlling</i> )	Menggali informasi tentang pengawasan pelaksanaan system INA-CBGs	1. Bagaimana pengawasan pada saat pelaksanaan sistem INA-CBGs?	1. Bagaimana sistem pengawasan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs ? 2. Tindakan apa yang dilakukan jika terjadi kesalahan dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs ?
5.	Evaluasi ( <i>Evaluating</i> )	Menggali informasi mengenai hasil dari pelaksanaan system INA-CBGs	1. Bagaimana penilaian keberhasilan pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru?	1. Bagaimana metode evaluasi yang digunakan oleh pihak rumah sakit terkait pelaksanaan sistem INA-CBGs ? 2. Bagaimana keterlibatan pihak-pihak yang bersangkutan dalam pengukuran keberhasilan sistem INA-CBGs ? 3. Seperti apa dan bagaimana indikator keberhasilan sistem INA-CBGs ?

## MATRIKS HASIL WAWANCARA INFORMAN

### GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSE PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAP RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017

#### 1. VARIABEL PERENCANAAN (PLANNING)

No.	Informasi	Informan	Contents Analyse	Reduksi
1.	<p>Penyediaan SDM</p> <p>1. Jumlah tenaga SDM yang disediakan oleh rumah sakit sudah sesuai atau tidak dengan standar ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.</p> <p>2. Jumlah tenaga rekam medik dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru</p>	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan)</p>	<p><i>“kalo bidang rekam medis itu disiapkan pegawai sebanyak 28 orang. Dari dari 28 orang itu, dipilih untuk menjadi koder, sesuai dengan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki dalam mengoperasikan computer, karena ini sistem (INA-CBGs) kan sistem komputerisasi”.</i></p> <p><i>“ada 28 orang pegawai disini (ruang medik), tetapi yang terlibat langsung dalam sistem INA-CBGs itu ada 10 orang. Itu dipilih juga berdasarkan kemampuannya dalam menjalankan komputer”</i></p> <p><i>“jumlahnya semua ada 28 orang pegawai disini (ruang rekam medik), tapi tidak semua juga mengkoder. Di SK itu ada 10 orang yang ditunjuk”</i></p> <p><i>“untuk SDMnya rumah sakit</i></p>	<p>Tenaga SDM yang disediakan oleh RSUD Tenriawaru sudah sesuai dengan standar ketenagaan rumah sakit tipe B sesuai Permenkes NO.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Dan terkhusus untuk pegawai rekam medik, pihak rumah sakit menyediakan sebanyak 28 pegawai, namun diantara 28 pegawai tersebut hanya 10 orang yang ditunjuk untuk terlibat langsung dalam menjalankan aplikasi INA-CBGs</p>

		Medik)	<p>menyediakan tenaga medis, baik itu dokter umum, dokter gigi ataupun dokter spesialis dan subspesialis. Ada juga tenaga keperawatan, kefarmasian, kebidanan, tenaga kesehatan lain, sama tenaga nonkesehatan. Kalo totalnya dokter umum itu ada 16 orang untuk saat ini. Dokter gigi ada 8 orang, kalo perawatnya itu ada sekitar 456 orang, kefarmasian sekitar 23 orang, sama masih banyak lagi. Yang jelasnya penyediaan SDM di rumah sakit ini, sudah sesuai dengan Permenkes tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit. Bisajik nanti kita lihat sendiri nak, di profilnya ini rumah sakit dibagikan ketenagaannya, berupa jumlah pegawainya ini rumah sakit”.</p>	
2.	<p>Penyediaan fasilitas (sarana dan prasarana) oleh pihak rumah sakit</p> <p>1. Penyediaan komputer</p>	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p>“penambahan komputer sudah jelas dilakukan supaya penginputan bisa dilakukan dengan baik”</p> <p>“iya, jelas. Rumah sakit menambahkan beberapa komputer yang dibutuhkan”</p> <p>“kemarin itu, ada ditambah komputer disini. Karena untuk setiap koder itu disediakan komputer masing-</p>	<p>Pihak rumah sakit menambahkan beberapa komputer sesuai dengan yang dibutuhkan.</p>

		MS (Wadir Pelayanan Medik)	<p><i>masing, supaya bisaki penginput dengan baik, cepat, sama tidak terkendalaki juga</i></p> <p><i>“rumah sakit menyiapkan komputer sesuai dengan yang dibutuhkan”</i></p>	
2. Penyediaan WiFi dengan kualitas jaringannya	WiFi kualitas	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>“jaringan internet yang disediakan rumah sakit harus bagus, supaya software dari aplikasi INA-CBGs bisaki terus diperbarui tanpa ada kendala”</i></p> <p><i>“WiFi yang disiapkan, harus memang yang bagus kualitasnya, supaya bagus dipake untuk mendownload, sama mengupdate itu softwarenya INA-CBGs”</i></p> <p><i>“iya, ada ji WiFi. Bagusji juga jaringannya karena pake T.ki”</i></p> <p><i>“untuk masalah jaringan, kami upayakan memilih WiFi yang bagus kualitas jaringannya, karena itu, kita pake jaringannya T”</i></p>	Rumah sakit menyiapkan WiFi dengan kualitas jaringan yang baik (menggunakan jaringan “T”). Tujuannya agar software dari aplikasi INA-CBGs bisa terus diperbaharui atau diupdate tanpa ada kendala.
3. Penyediaan alat bantu listrik saat terjadi pemadaman listrik		<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola</p>	<p><i>“supaya komputer itu bisa beroperasi terus, biar mati lampu disiapkan alat bantu listrik, stavolt”</i></p> <p><i>“ya, rumah sakit menyiapkan stavolt”</i></p> <p><i>“ada stavolt”</i></p>	Rumah sakit menyiapkan stavolt untuk mengantisipasi pemadaman listrik secara tiba-tiba

		BPJS 2) MS (Wadir Pelayanan Medik)	<i>“rumah sakit menyiapkan stavolt”</i>	
	4. Penyediaan buku panduan untuk koder (ICD-9 dan ICD-10)	SF (Kabag Rekam Medik)  A (Staf Pengelola BPJS 1)  AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<i>“iya, rumah sakit menyiapkan masing-masing 3 paket buku panduan, 3 paket untuk buku ICD-9 dan 3 paket juga untuk buku ICD-10”</i> <i>“kalau untuk kodernya, ada disediakan buku panduan. Masing-masing 3 paket buku ICD-9 dan ICD-10”</i> <i>“ada, masing-masing itu 3 paket kayaknya, 3 paket untuk ICD-9 sama 3 paket juga buku ICD-10”</i>	Rumah sakit menyiapkan buku panduan untuk koder, yaitu sebanyak tiga paket untuk masing-masing buku ICD-9 dan ICD-10
3.	Strategi rumah sakit dalam mendukung pelaksanaan sistem INA-CBGs: 1. Proses penyusunan strategi	SF (Kabag Rekam Medik) A (Staf Pengelola BPJS 1)  AH (Staf Pengelola BPJS 2)  MS (Wadir Pelayanan Medik)	<i>“diadakan rapat internal dengan pihak-pihak yang bersangkutan”</i> <i>“setauku, itu kemarin rapat internalki untuk bahas masalah ini sistem bagaimana bagusnyanya supaya bisa berjalan lancar ini sistem”</i> <i>“rapat internalki dengan direktur sama wakil direktur, pihak BPJS dan lain-lainnya”</i> <i>“melakukan rapat internal dengan pihak BPJS dan staf rumah sakit yang berhubungan dengan sistem ini”</i>	Penyusunan strategi dilakukan dengan cara melakukan rapat internal dengan pihak-pihak yang bersangkutan, baik itu staf rumah sakit maupun dari pihak BPJS.
	2. Pihak-pihak yang terlibat dalam	SF (Kabag Rekam Medik)	<i>“ada Direktur, Wakil Direktur, masing-masing kabag dan kasubag,</i>	Pihak-pihak yang terlibat dalam penyusunan strategi



	penyusunan strategi	<p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>ada juga komite medik, sama pihak BPJS”</i></p> <p><i>“direktur, wakil direktur, ada juga kabag-kabag, komite medic, dokter, saya juga sama beberapa staf lainnya, pokoknya yang terlibat dengan ini sistem ikut juga”</i></p> <p><i>“jelaskan itu direktur, wakil direktur, dokter-dokter, kabag-kabag sama kasubag, sama staf rekam medic yang ditunjuk”</i></p> <p><i>“Direktur, Wakil Direktur, Kabag dan Kasubag setiap unit, dan komite medik serta pihak BPJS sama staf yang ditunjuk langsung menjalankan sistem ini”</i></p>	tersebut adalah direktur, wakil direktur, kabag dan kasubag disetiap unit, komite medic dan pihak BPJS, serta beberapa staf yang ditunjuk langsung untuk mengikuti proses penyusunan strategi tersebut.
	3. Strategi yang dilakukan rumah sakit	SF (Kabag Rekam Medik)	<p><i>“sebenarnya kalo bicaraki tentang strategi, kemarin itu waktu rapat penyusunan strategi tidak terlalu banyak ji dibahas, karna ini sistem kan dari kemenkes, yang semuanya teknis pelaksanaannya itu sudah dijelaskan semuami, jadi tinggal bagaimananya mami ini kita jalankan ini sistem supaya tidak terkendala, apalagi masalah input menginputkannya. Nah, kalo masalah input data itu, kita dari rekam medic</i></p>	Pihak rumah sakit, khususnya ruang rekam medis menerapkan waktu pengumpulan rekam medis pasien yaitu 1x24 jam setelah pasien pulang/sembuh. Hal itu dilakukan agar penginputan data pasien bisa segera mungkn dilakukan.



		<p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p><i>sendiri itu menerapkan target waktu pengumpulan rekam medisnya pasien, itu 1x24 jam setelah pasien pulang/sembuh. Jadi itu setiap poliklinik harus kumpul rekam medis sesuai waktu yang sudah kita tentukan</i></p> <p><i>“iye, itu resume rekam medis pasien dijadwalkan pengumpulannya, 1x24 jam setelah pasien pulang”</i></p> <p><i>“pengumpulan rekam medis pasien untuk setiap poliklinik itu, dikasi waktu 1x24 jam”</i></p>	
4.	<p>Rencana Anggaran pelaksanaan sistem INA-CBGs:</p> <p>1. Proses perencanaan anggaran</p>	<p>H (Kasubag Perbendaharaan &amp; Remunerasi)</p> <p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>“rencana anggaran dilihat dari berapa banyak fasilitas yang harus disiapkan, kayak berapa komputer yang harus ditambahkan, supaya sesuai dengan kebutuhan di ruang medic, selain itu ada juga anggaran dana yang disiapkan untuk pelatihan atau workshop pegawai rekam medik”</i></p> <p><i>“kemarin itu, saya buat laporan berapa banyak fasilitas (komputer) yang dibutuhkan disini (ruang rekam medik), sama biaya untuk pelatihan pegawai rekam medik tentang”</i></p> <p><i>“kalo masalah anggaran itu, berdasarkan laporan dari kabagnya</i></p>	<p>Proses perencanaan anggaran dilakukan dengan melihat berapa banyak kekurangan dari fasilitas yang sudah disiapkan. Jika sudah diketahui berapa jumlah kekurangannya, maka anggaran bisa dikalkulasikan.</p>

			<i>rekam medic, kan kabag rekam medic itu yang bertanggungjawab sama aktivitas di ruang rekam medic, nanti dari laporannya itu kemudian dirapatkan baru kalo sudah disepakati bersama kita realisasikan”</i>	
	2. Sumber anggaran	H (Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi) SF (Kabag Rekam Medik) MS (Wadir Pelayanan Medik)	<i>“anggarannya itu diperoleh dari pendapatan rumah sakit”.</i> <i>“dari pendapatan rumah sakit dek..”</i> <i>“sumber anggaran untuk persiapan pelaksanaan sistem INA-CBGs itu kami ambil dari pendapatan rumah sakit”</i>	Banyaknya anggaran yang digunakan untuk proses persiapan keperluan atau kebutuhan dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs itu berasal dari pendapatan rumah sakit itu sendiri.

## 2. VARIABEL PENGORGANISASIAN (ORGANIZING)

No.	Informasi	Informan	Content Analyse	Reduksi
1.	Pembagian dan kesiapan sumber daya manusia 1. Pembagian pegawai	SF (Kabag Rekam Medik)  A (Staf Pengelola BPJS 1)	<i>“ada 10 orang, yang kemudian dibagi menjadi 2 kelompok, 5 orang di bagian rawat inap, dan 5 orang juga di rawat jalan”</i> <i>“untuk pegawai yang berhubungan langsung dengan sistem ini ada 10 orang. Dari 10 orang itu, dibagi perkelompokki lagi. Ada 5 orang yang</i>	Ada sebanyak 10 pegawai yang ditunjuk untuk menjalankan sistem INA-CBGs ini. Dari 10 orang pegawai tersebut, kemudian dibagi perkelompok. Lima orang ditempatkan di bagian rawat inap dan lima orang

		AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<p><i>bertugas di bagian rawat inap, 5 orang di rawat jalan”.</i></p> <p><i>“kan ada 10 pegawai toh, dari itu 10 orang dibagi jadi dua kelompok, ada yang menginput resume rekam medis pasien rawat inap ada juga yang rawat jalan, masing-masing itu dibagi 5 orang yang bertugas”.</i></p>	juga yang ditempatkan di bagian rawat jalan.
	2. Penempatan pegawai dari pihak BPJS di rumah sakit	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>“kalau pihak BPJS sendiri menempatkan 2 orang pegawainya”</i></p> <p><i>“iya, ada pegawai BPJS, 2 orang saja yang dari pihak BPJS, yang lainnya pegawai asli rumah sakit”</i></p> <p><i>“2 orang kalo dari pihak BPJS”.</i></p> <p><i>“dari pihak BPJS menempatkan 2 orang pegawainya di rumah sakit”</i></p>	Untuk pihak BPJS sendiri, menempatkan pegawainya di rumah sakit sebanyak 2 orang.
	3. Pelatihan pegawai	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola</p>	<p><i>“pernah, bahkan sudah sering. Setiap kali rumah sakit melakukan kegiatan pelatihan tentang cara pengisian kode penyakit, koder diharuskan ikut mengikuti pelatihan tersebut”</i></p> <p><i>“iya, pernahka ikut. Tapi tidak tauka berapa kalika ikut karena sudah seringmi. Yang jelasnya, pernahka ikut itu pelatihan pengisian kode penyakit”</i></p> <p><i>“iya, ada pelatihannya, pernahka ikut</i></p>	Pegawai pernah mengikuti kegiatan pelatihan cara pengisian kode penyakit.

		BPJS 2)	juga itu pelatihan, harus “.	
	4. Pembagian tugas pegawai	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p><i>“ada yang bertugas untuk menghitung biaya rumah sakit pake SIMRS, ada 2 orang. 3 lainnya itu yang mengkode. Kasi masuk kode diaplikasi INA-CBGs”</i></p> <p><i>“kalau untuk pembagian tugas, kalo yang bertugas di rawat inap kan ada 5 orang. 2 orang yang bertugas menghitung biaya rumah sakit dengan menggunakan SIMRS, kalo 3 lainnya itumi yang mengkode”</i></p> <p><i>“yang tugasnya mengkode itu ada 3 orang, kalo untuk menghitung tariff rumah sakit pake SIMRS itu ada 2 orang”</i></p>	<p>Dari lima orang yang bertugas menginput resume rekam medis untuk pasien rawat inap, dua diantaranya bertugas menghitung biaya rumah sakit menggunakan SIMRS dan tiga lainnya bertugas untuk memasukkan kode penyakit kedalam aplikasi INA-CBGs untuk mendapatkan biaya ganti dari pihak BPJS.</p>
	5. Tugas pegawai BPJS yang ditempatkan di rumah sakit	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p><i>“pegawai BPJS itu bertugas untuk mempercepat klaim pasien”</i></p> <p><i>“untuk itu, kasi cepat proses klaim pasienka”</i></p> <p><i>“bantu percepat klaim pasien sih”</i></p>	<p>Tugas dari pegawai BPJS yang ditempatkan di rumah sakit ini, yaitu untuk membantu mempercepat proses klaim pasien.</p>
	6. Koordinasi antar pegawai	SF (Kabag Rekam Medik)	<i>“biasanya kita lakukan rapat koordinasi setiap seminggu sekali. Rapat koordinasinya kita lakukan antar pegawai rekam medik yang telah ditunjuk untuk mengoperasikan aplikasi INA-CBGs ini”.</i>	<p>Koordinasi antar pegawai dilakukan dengan melakukan rapat koordinasi antar pegawai rekam medik yang bertanggung jawab terhadap penginputan data pasien.</p>

		A (Staf Pengelola BPJS 1) AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<i>“biasanya diadakan rapat koordinasi setiap seminggu sekali”.</i> <i>“ada diadakan rapat koordinasi setiap minggu”</i>	
--	--	---	---	--

### 3. VARIABEL ACTUATING (PELAKSANAAN)

No.	Informasi	Informan	Content Analyse	Reduksi
1.	Pelaksanaan sistem INA-CBGs 1. Pemberlakuan sistem INA-CBGs	SF (Kabag Rekam Medik) A (Staf Pengelola BPJS 1)  AH (Staf Pengelola BPJS 2) MS (Wadir Pelayanan Medik)	<i>“sistem INA-CBGs mulai berjalan awal Januari 2104”</i> <i>“kalau tidak salah awal Januari 2014 kayaknya. Iya, cocokmi awal Januari 2014 mulai diterapkan ini sistem”</i> <i>“hmmm...awal Januari 2014”</i>  <i>“pelaksanaan sistem INA-CBGs ini mulai diberlakukan pada awal Januari 2014”</i>	Penerapan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru mulai diterapkan pada awal Januari 2014
	2. Kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs	SF (Kabag Rekam Medik)	<i>“untuk masalah kendala sih, tidak terlalu bagaimanaji. Karena kan, petunjuk teknis sistem INA-CBGs itu sudah diaturmi di Permenkes Nomor 27 tahun 2014. Tinggal diikuti saja. Cuman, biasanya kendalanya itu saat input data, ada tulisannya dokter yang susah untuk dibaca, itumi biasa yang kasi lambat input data pasien”</i> <i>“dari unit rekam medikkan sudah</i>	Kendala yang dialami selama pelaksanaan sistem INA-CBGs hanya pada saat proses penginputan data pasien. Biasanya ada beberapa tulisan dokter yang susah dibaca, sehingga perlu diklarifikasi ulang kembali dengan dokter yang bersangkutan. Selain itu, kedisiplinan dokter dalam



		<p>menetapkan target waktu pengumpulan rekam medis pasien. Targetnya yaitu paling lambat 1x24 jam setelah pasien pulang. Tujuannya supaya penginputan bisa kita lakukan secepat mungkin. Tapi, terkadang dokter biasa sibuk dengan urusannya, jadi setelah dia periksa itu pasien langsung pulang, tidak ditanda tangani itu rekam medis pasien, jadi perawat jaga juga terlambat kumpul rekam medisnya pasien disini (ruang rekam medik) .Jadi kita juga telat menginput data”.</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>“kalau kendalanya ituji, kalo mauki input datanya pasien, tapi susahki dibaca tulisannya dokter. Biasa itu tulisannya dokter terlalu cantikki..hehehee (tertawa)”</p> <p>“itukan aturannya disini kita pake target waktu. Itu rekam medis pasien dikumpul setelah pasien pulang. Paling lambatmi 1x24 jam, karena mauki cepat-cepat input itu resume rekam medis pasien. Nah, biasa ada perawat jaga yang terlambat kumpul, jadi begitumi....terlambatki juga</p>	<p>mengumpulkan berkas resume rekam medis pasien merupakan salah satu faktor yang menentukan cepat atau lambatnya data pasien diinput. Jika dokter mengumpulkan resume rekam medis pasien tidak tepat waktu maka proses penginputan juga akan terhambat pun sebaliknya.</p>
--	--	--	---



		<p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p>inputki”.</p> <p><i>“biasanya susahki baca tulisannya dokter, karena ada dokter yang tidak peke huruf balok,kadang-kadang itu rekam medis terlambat dikumpul sama perawat jaga karena itu, ada beberap DPJP (dokter penanggungjawab pelayanan) tidak lengkap isi rekam medisnya pasien, biasanya juga dia lupa tanda tangan, jadi itu yang kasi terlambat kumpul rekam medis pasien ”</i></p>	
	<p>3. Alur pendaftaran pasien rawat inap dengan status BPJS</p>	<p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p>	<p><i>“pasien datang sendiri, atau rujukan dari puskesmas atau dokter praktek, terus ambil nomor antrian. Tunggu sampai tiba nomor antriannya. Terus ke loket pendaftaran untuk proses administrasi pasien, kayak jenis pelayanannya BPJS. Sudah itu ke ruang periksa. Dari situ terbit rekam medisnya pasien. Jika pasien butuh penanganan yang lebih lanjut, maka akan diterbitkan surat untuk rawat inap. Setelah itu diverifikasi berkas ke bagian BPJS. Pasien kemudian mendapatkan perawatan. Kalau sudah dinyatakan sembuh, pasiennya ke apotek, untuk ambil obat. Kemudian</i></p>	<p>Alur pendaftaran untuk pasien rawat inap dengan status pelayanan BPJS di RSUD Tenriawaru, yaitu pertama pasien datang sendiri atau dengan surat rujukan dari puskesmas atau dokter praktek. Kemudian, pasien mengambil nomor antrian. Setelah nomornya tertera dilayar yang telah disediakan rumah sakit, pasien menuju loket pendaftaran. Di loket pendaftaran tersebut pasien melakukan proses administrasi. Setelah itu,</p>

		<p>S (Pasien 1)</p> <p>HM (Pasien 2)</p> <p>H (Pasien 3)</p>	<p><i>pulang”</i></p> <p><i>“pertama, ambilki nomor antrian. Sudah itu kalo giliranta ke loket pendaftaran. Sudah itu, selesaimi di loket pendaftaran, keruang periksa maki. Disitu diperiksa istriku, dikasi tauka kalo mau dirawat istriku. Sudahnya itu adami kertas-kertas dikasikanka, mau dibawa di ruang BPJS, sudah dibawami ke BPJS langsung dibawami istriku ke bangsal untuk dirawat”</i></p> <p><i>“Nomor antrian dulu diambil, baru kalo nomortami maju meki ke loket pendaftaran, dari situ disuruh ke poliklinik. Sudah itu disuruhki lagi melapor di BPJS, bawa itu kertas-kertas yang nakasiki suster disitu ruangnya dokter. Sudahmi dibawa ke BPJS, tidak tau na apai, dikasiki kembali, baru na suruhki bawa lagi ke ruangnya dokter. Sudah itu, dikasi masukmi anakku disini, mau dirawat katanya”.</i></p> <p><i>“Ambilki nomor antrian, kalau adami dilayar itu nomor antrianta ke loket pendaftaran maki. Sudah itu, petugasnya disitu na suruh maki ke</i></p>	<p>pasien diarahkan ke ruang pemeriksaan. Setelah melakukan pemeriksaan, dan hasil pemeriksaannya membutuhkan penanganan lebih lanjut, maka dokter akan menerbitkan surat perawatan yang kemudian diverifikasikan ke ruang BPJS. Setelah itu, pasien dibawa ke ruang perawatan sesuai dengan fasilitas kesehatan yang tertera di kartu BPJSnya. Jika pasien sudah ingin pulang, maka pasien bisa langsung pulang setelah dokter memberikan obat yang harus dikonsumsi. Atau ada juga pasien yang diarahkan ke apotek rumah sakit untuk mengambil obat, lalu pulang.</p>
--	--	--	---	---

			<i>ruangannya dokter (poliklinik) untuk diperiksa. Kan saya na bilang dokter kena jantung. Sudah diperiksa, da itu kertas-kertas dari dokter mau dibawa ke BPJS. Sudah dibawa ke BPJS, dibawa kembali lagi itu kertas ke ruangannya dokter. Baru sudah itu, dirawatma”.</i>	
4.	Waktu yang dibutuhkan pasien untuk melakukan pendaftaran	HM (Pasien 2)	<p><i>“kalau banyak pasien, proses pendaftarannya juga lama. Iya, karena antri. Belumpi itu kalau dokternya belum datang, tambah lamaki lagi menunggu. Kadang kalau selesai di loket pendaftaran, di ruang periksa lagi yang kasi lama, karena biasanya terlambat datang dokternya, pernah menungguka sampai 2 jam baru selesai semua”</i></p> <p><i>“sebenarnya dibagian ambil nomor antriannya itu tidak lamaji, paling lama itu biasa sampai 30 menit. Yang kasi lamaki itu kalau mauki ke ruang periksa. Disitu menungguki giliranta lagi (antri) untuk diperiksa sama dokternya. Itu lagi kadang dokternya terlambat datang. Itu yang biasa buat lama sampai berjam-jam menunggu”</i></p>	Untuk proses pendaftaran pasien rawat inap dengan status layanan BPJS pada dasarnya tidak membutuhkan waktu yang lama. Hanya saja keterlambatan dokter menjadi pemicu lamanya proses pendaftaran tersebut.
5.	Proses penentuan tarif	SF (Kabag Rekam	<i>“Sistem pembayaran untuk pasien</i>	Penentuan tarif perawatan

	<p>perawatan pasien BPJS dengan sistem INA-CBGs</p>	<p>Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p>	<p><i>rawat inap yang menggunakan BPJS sesuai dengan sistem INA-CBGs, INA-CBGs kan berdasarkan group. Jadi, pergroup itu sesuai dengan jenis penyakit, dan untuk setiap jenis penyakit itu berbeda-beda tarifnya dan semuanya sudah ditentukan didalam aplikasi INA-CBGs tersebut. Adapun proses penginputan rekam medis pasien, yaitupertama setiap poli klinik mengumpulkan laporan rekam medis pasien yang sudah diisi oleh dokter yang bersangkutan. Setelah itu koder akan memasukkan kode sesuaidengan kode penyakit dan jenis tindakan yang tertulis diresume medis pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9 PF, setelah memasukkan kode penyakit, maka akan tercantum sendiri berapa tenggang waktu perawatan pasien dan biaya perawatan pasien".</i></p> <p><i>"kan kalao pasien BPJS itu pake sistem INA-CBGski toh, jadi penentuan tarifnya itu bisa dilihat setelah diinput resume pasien. Penginputannya setelah pasien pulang. Direkam medis pasien itukan ada semuami disitu</i></p>	<p>untuk pasien rawat inap dengan sistem INA-CBGs diperoleh dengan menginput rekam medis. Resume rekam medis tersebut berisi diagnosis pasien dan tindakan/prosedur yang diterima pasien. Yang kemudian dikode. Selanjutnya koder akan menginput kode sesuai dengan kode penyakit dan jenis tindakan yang tertulis diresume rekam medis pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9,. Setelah menginput kode-kode tersebut, maka akan tercantum berapa tenggang waktu dan biaya perawatan pasien yang ditanggung oleh BPJS.</p>
--	---	--	---	--

		<p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p><i>jenis pelayanan yang diterima pasien, berapa lama, jenis penyakitnya apa, dokter dan suster siapa yang tangani, ada semuami. Jadi nanti tinggal dihitung di SIMRS, kemudian dikode. Nah sudah dikode itumi nanti kode-kode dikasi masuk disini di aplikasinya INA-CBGs. kalo sudahmi diinput, akan munculmi itu tarifnya”</i></p> <p><i>“itu rekam medis yang sudah dikumpul, sudahnya dihitung di SIMRS kemudian dikode. Sudahnya dikode dikasi masukmi itu kode-kodenya di aplikasi INA-CBGs. sudahmi diinput itu kode-kodenya, terterami itu tarifnya. berapa tarif perawatan dan lama perawatan yang ditanggung sama BPJS. Pokoknya ada semuami disitu tertera”</i></p>	
	<p>6. Penanganan untuk pasien yang masa perawatannya melebihi dari waktu perawatan yang ditanggung oleh BPJS</p>	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p><i>“Jika ada pasien dengan kejadian seperti itu, yah rumah sakit tetap merawat pasien sampai pasien tersebut sembuh dan tidak ada tanggungan biaya yang dikeluarkan pasien. Tetap rumah sakit yang menanggung biaya kelebihan perawatannya, itulah resiko rumah sakit, tetapi ada yang dikatakan</i></p>	<p>Penanganan untuk pasien BPJS rawat inap yang lama perawatannya melebihi batas waktu perawatan yang telah ditanggung oleh BPJS, pihak rumah sakit tetap melakukan perawatan kepada pasien, sampai pasien benar-benar sembuh tanpa adanya biaya</p>



		<p><i>subsidi silang. Subsidi silang ini bertujuan untuk menutupi biaya kelebihan perawatan pasien dengan biaya yang diambil dari pasien yang perawatannya kurang dari lamanya waktu yang ditentukan. Akan tetapi hal ini tidak berlaku jika pasien naik kelas perawatan. Pasien yang naik kelas perawatan harus membayar selisih dari kenaikan kelas perawatan tersebut”.</i></p> <p><b>A (Staf Pengelola BPJS 1)</b></p> <p><i>“Kalau untuk masa perawatannya, pasien itu dirawatji terus sampai sembuh, berapa lamapun itu. Pasien harus dirawat sampai sembuh. Kan adaji nanti subsidi silangnya rumah sakit, untuk natutupi kerugiannya rumah sakit”.</i></p> <p><b>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</b></p> <p><i>“Tetapji dirawat pasiennya sampai sembuh, itukan sudah resikonya rumah sakit. Memang bisaki rugi rumah sakit, tapi adaji subsida silang yang dilakukan”</i></p> <p><b>S (Pasien 1)</b></p> <p><i>“Tidak adaji pernah biaya yang diminta sama rumah sakit sampainya pulangki eh sampai sembuh. Gratis ji. Asalkan dikasi lihatji sama sudahki melapor kalau pake BPJS jaki”.</i></p>	<p>tambahan, kecuali jika pasien menaikkan kelas perawatannya, maka pasien harus menanggung selisih biaya kenaikan kelas tersebut. Hal ini dikarenakan, pihak BPJS tidak menanggung biaya selisih tersebut.</p>
--	--	---	---



		HM (Pasien 2)	<i>“Tidak, tidak pernahji membayar, sampai sembuh. Keluar dari rumah sakit tidak ada dibayar, karena itu pake jaminan BPJS”.</i>	
		H (Pasien 3)	<i>“Tidak adaji yang dibayar. Karena pake itu jaki jaminan BPJS. Sampai sembuh, dirawat, dikasi juga pelayanan sma dokter sama suster juga. Pernah membayarka karena mauka pindah di kalas rawat lain, tapi na bilangji petugasnya kalau mau pindah membyarki, karena mauka pindah di ruang yang lebih bagus fasilitasnya. Nah itu tidak ditanggung sama pihak BPJS katanya”.</i>	

#### 4. VARIABEL PENGAWASAN (CONTROLLING)

No.	Informasi	Informan	Content Analyse	Reduksi
1.	Proses pengawasan pelaksanaan sistem INA-CBGs 1. Sistem pengawasan yang dilakukan di ruang rekam medik	SF (Kabag Rekam Medik)  A (Staf Pengelola BPJS	<i>“sistem pengawasannya disini (ruang rekam medik) dilakukan setiap minggu untuk rekam mediknya. Yang kita lihat itu disini ketepatan waktunya dokter mengumpulkan rekam medis pasiennya. Jika ada dokter yang sering teledor dan terlambat kumpul rekam medis, maka kita klarifikasikan dengan dokter yang bersangkutan”.</i>	Bagian rekam medik melakukan sistem pengawasan atau kontrol setiap minggu. Proses pengawasannya dilihat dari kedisiplinan dokter dalam mengumpulkan berkas/resume rekam medis pasien.

		<p>1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p>	<p><i>“kalo untuk rekam medik biasanya kontrol dilakukan setiap minggu sih. Kontrolnya itu dilakukan dengan melihat bagaimana kedisiplinanya itu dokter kumpul berkas rekam medis pasien. Sudah tepat waktu atau tidak. Itu semua dicatat, kemudian diklarifikasikan sama dokter yang bersangkutan”</i></p> <p><i>“setiap minggu ada pengontrolan, itu dilihat dari kelengkapan dan ketepatan pengumpulan rekam medik”</i></p>	
		<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p>	<p><i>“proses pengawasan untuk koder itu dilakukan setiap hari yang dilakukan oleh tim verifikasi internal dan antifraud. Salah kasi masuk kode, maka salah semuanya itu, bisa terjadi kerugian untuk semua pihak, rumah sakit ataupun dokter dan perawat yang bersangkutan”</i></p> <p><i>“kalo untuk koder (penginputan data pasien) kontrolnya dilakukan hampir setiap hari. Pengawasannya dilakukan sama tim verifikasi internal dan anti fraud yang dibentuk oleh rumah sakit. Tujuannya ini tim, supaya kalo misalkan koder salah kasi</i></p>	<p>Untuk bagian kodenya proses pengawasannya dilakukan setiap hari, yang dilakukan oleh tim verifikasi internal dan antifraud yang telah dibentuk oleh pihak rumah sakit.</p>

		AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<i>masuk kode, jadi bisa cepat-cepat diubah sama ini tim verifikasi” “kontrolnya untuk koder itu setiap hari, karena kan kalo ada kesalahan input kode jadi ikut juga salah tarifnya nanti. Sistem pengawasannya itu dilakukan sama tim verifikasi dan antifraud”</i>	
	2. Kesalahan yang ditemukan saat pengawasan	SF (Kabag Rekam Medik) A (Staf Pengelola BPJS 1) AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<i>“pernah ditemukan koder salah memasukkan kode penyakit” “pernah ada temanku yang salah kasi masuk kode penyakit” “ada ditemukan itu salah input kodeki”</i>	Koder pernah melakukan kesalahan dengan memasukkan kode yang salah.
	3. Tindakan yang dilakukan jika terjadi kesalahan dalam pelaksanaan sistem INA-CBGs (koder salah memasukkan kode)	SF (Kabag Rekam Medik) A (Staf Pengelola BPJS 1) AH (Staf Pengelola BPJS 2)	<i>“diverifikasi ulang sama tim verifikasi” “langsung diverifikasi ulang sama itu tim verifikasi internal dan antifraud” “diverifikasi kembali sama itu tim verifikasi dan antifraud toh, kah itu tugasnya”</i>	Tim verifikasi internal dan antifraud langsung memverifikasi kesalahan kode tersebut.

## 5. VARIABEL EVALUASI (EVALUATING)

No.	Informasi	Informan	Content Analyse	Reduksi
1.	Penilaian keberhasilan pelaksanaan sistem INA-CBGs di RSUD Tenriawaru	SF (Kabag Rekam Medik)	<i>“kalo dari pihak rekam medis, metode evaluasinya itu kita nilai dari kedisiplinannya para dokter dalam</i>	Dari unit rekam medis, sistem evaluasinya dilakukan setiap 3 bulan sekali. Tetapi untuk

	1. Metode evaluasi yang digunakan	<p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>mengumpulkan itu rekam medis pasien. Evaluasinya dilakukan pertiga bulan, tapi tetap hasilnya itu dilihat dan direkap tiap akhir tahun</i></p> <p><i>“kalo untuk melihat dari kelengkapan pengumpulan rekam medis itu evaluasinya diadakanki setiap tiga bulan dan akhir tahun”</i></p> <p><i>“evaluasinya itu setiap tiga bulan dan akhir tahun”</i></p> <p><i>“bagian unit rekam medik, sistem evaluasinya dilakukan tiap pertigabulan. Tapi hasil akhirnya itu dari semua rekapan data itu dilihat setiap akhir tahun”</i></p>	melihat hasil akhir dari evaluasinya itu dilihat diakhir tahunnya.
		<p>H (Kasubag Perbendaharaan &amp; Remunerasi)</p> <p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>“evaluasinya itu kita lakukan setiap pertrisemester, persemester dan pertahunnya. Nilai akhirnya itu kita lihat, diakhir tahun”</i></p> <p><i>“kalo untuk evaluasi dari hasilnya ini sistem INA-CBGs (pendapatannya) sama juga, dilakukan setiap trimester, persemester, dan akhir tahun”</i></p> <p><i>“bagian unit keuangan itu sistem evaluasinya dilakukan pertrisemester, persemester, dan pertahunnya. Untuk hasil akhir dari evaluasinya kita lihat di akhir tahun”.</i></p>	Bagian unit keuangan melakukan evaluasi setiap pertrimester, persemester, dan pertahunnya.

	<p>2. Keterlibatan pihak-pihak yang bersangkutan dalam proses evaluasi</p>	<p>SF (Kabag Rekam Medik)</p> <p>A (Staf Pengelola BPJS 1)</p> <p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>“dari rekam medik itu, yang terlibat dalam proses evaluasinya itu, yah pegawai rekam medik yang bertugas menginput data, saya (Kabag Rekam Medik), sama komite medik. Tapi kalo mauki evaluasi besar-besaran kayak di akhir tahun itu dihadiri sama direktur ato wakil direktur”</i></p> <p><i>“koder (pegawai rekam medik yang bertugas menginput data pasien), kabag rekam medik, sama komite medik, kadang juga ada direktur dan wakil direktur”</i></p> <p><i>“saya (staf pengelola BPJS) yang bertugas mengkode dan yang lainnya juga, kabag rekam medik, komite medik, direktur sama wakil direktur”</i></p> <p><i>“evaluasi bagian rekam medik itu, direktur dan wakil direktur, pegawai rekam mediknya sama komite medik juga”.</i></p>	<p>Dibagian ruang medik pihak yang terlibat yaitu pegawai rekam medik yang bertugas menginput data, tim verifikasi dan antifraud, Kepala Bagian Rekam Medik, dan Komite Medik, serta Direktur dan Wakil Direktur.</p>
		<p>H (Kasubag Perbendaharaan &amp; Remunerasi)</p> <p>SF (Kabag Rekam Medik)</p>	<p><i>“saya (Kasubag Perbendaharaan dan Remunerasi), ada juga Kabag Rekam Medik, seksi pelaporan sama seksi evaluasi juga, Direktur dan Wakil Direktur”.</i></p> <p><i>“saya (Kabag rekam medik) untuk palaporanji, kasubagnya</i></p>	<p>Dibagian keuangan, pihak yang terlibat yaitu Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Remunerasi, Kepala Bagian Rekam Medik, seksi pelaporan dan seksi evaluasi.</p>



		MS (Wadir Pelayanan Medik)	<p>perbendaharaan dan remunerasi, seksi pelaporan dan evaluasi. Kalo untuk evaluasi diakhir tahun itu ada juga direktur dan wakil direktur”.</p> <p>“untuk evaluasi dibagian keuangannya itu, sebenarnya yang laksanakan itu bagian perbendaharaan dan remunerasi, seksi pelaporan sama seksi evaluasi. Cuman kalau diakhir tahun itu, diadakan rapat untuk evaluasi bersama sampai sejauh mana ini pendapatannya rumah sakit”</p>	
	3. Indikator keberhasilan/keefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs	SF (Kabag Rekam Medik)	<p>“kalo rekapan dari resume rekam medisnya lengkap, dan pengumpulan berkas rekam medis pasiennya itu sudah sesuai dengan jadwal yang ditentukan, maka sudah bisami dikatakan berhasil ini sistem INA-CBGs diterapkan di rumah sakit. Kalau disini (ruang rekam medik) kedisiplinan dokter masih bertaraf sekitaran 80%. Karena masih ada dokter yang tidak kumpul rekam medis pasien sesuai jadwal. Yang harusnya itu resume rekam medis dikumpul 1x24 jam setelah pasien pulang, tetapi masih ada saja yang</p>	Keberhasilan/keefisienan pelaksanaan sistem INA-CBGs dilihat dari pendapatan atau pemasukan yang diperoleh rumah sakit. Jika rumah sakit mengalami peningkatan pendapatan tiap tahunnya dan berhasil mencapai target yang telah ditentukan, maka pelaksanaan sistem INA-CBGs itu dikatakan sudah berhasil.



		<p>AH (Staf Pengelola BPJS 2)</p> <p>H (Kasubag Perbendaharaan &amp; Remunerasi)</p> <p>MS (Wadir Pelayanan Medik)</p>	<p><i>tidak kumpul sampai batas itu".</i></p> <p><i>"bisaki tepat waktu dalam merekap itu resume rekam medis, yah bisami dinilai keberhasilan pelaksanaan sistem INA-CBGs ini. Tapi untuk kedisiplinannya dokter masih perlu ditingkatkan lagi, karena ada beberapa dokter yang masih terlambat mengumpulkan rekam medis pasiennya".</i></p> <p><i>"berhasil/efisien kalo ada peningkatan dari pendapatannya rumah sakit. Hasil evaluasi kemarin didapat kalo ada peningkatannya pendapatannya ini rumah sakit. Tidak adaji kerugiannya, bahkan itu pendapatannya melebihi target yang dibuat. Dan dari pendapatannya ini, rumah sakit melakukan beberapa pembangunan, salah satunya itu gedung PICU"</i></p> <p><i>"dilihat dari hasil akhir dari evaluasi yang dilakukan. Misalnya, pendapatannya rumah sakit mencapai target ato tidak selama pelaksanaan sistem INA-CBGs ini. Kalo laporan dari bagian keuangan, hasil evaluasinya itu ada peningkatan</i></p>	
--	--	--	--	--

			<p><i>pendapatannya rumah sakit dari tahun ketahun, bahkan melebihi target yang diinginkan. Dari pendapatan itu, ada dipake untuk pembangunan dan perbaikan gedung rumah sakit, nah itu bisa dikatakan efisienmi pelaksanaannya ini sistem (INA-CBGs)”.</i></p>	
--	--	--	---	--

## LEMBAR OBSERVASI

### GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN DENGAN SISTEM DIAGNOSIS PENYAKIT (INA-CBGs) DI RAWAT INAP RSUD TENRIAWARU KAB.BONE TAHUN 2017

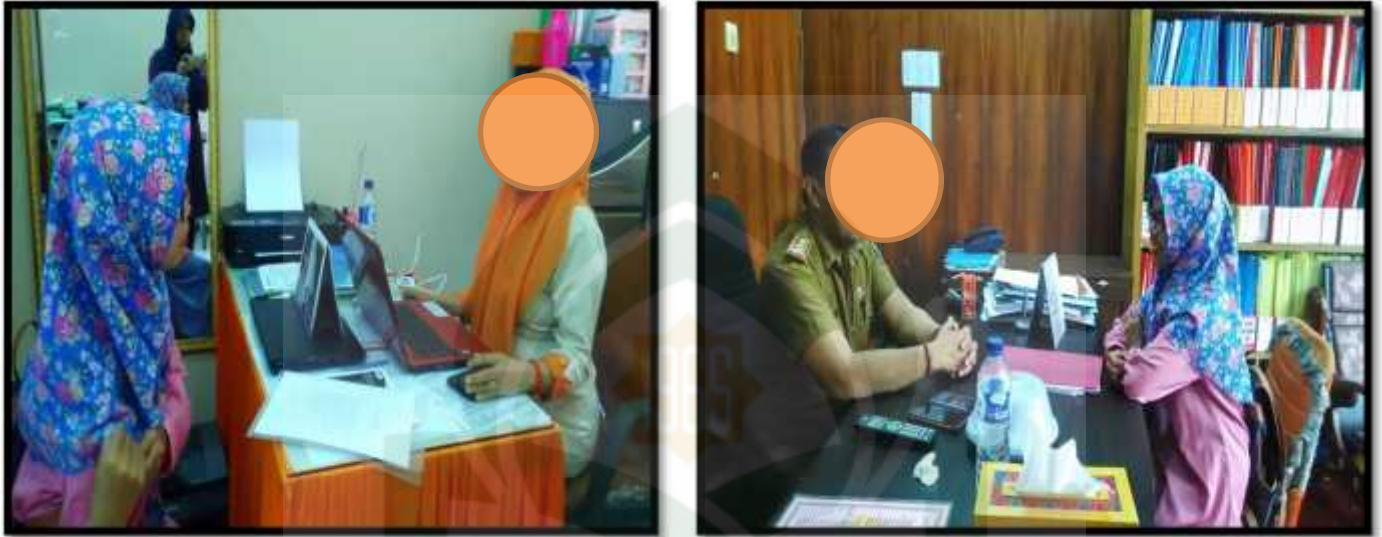
Hari/Tanggal :

Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Kabupaten Bone

No	Item Pengamatan	Hasil Check List		Keterangan
		Ada	Tidak	
1.	Dokumen perencanaan pelaksanaan sistem INA-CBGs	-	-	Dokumen yang berisi mengenai persiapan yang dilakukan rumah sakit dalam upaya penerapan sistem INA-CBGs.
2.	Laporan untuk RAB pelaksanaan sistem INA-CBGs	-	-	Berisi banyaknya biaya/anggaran yang dibutuhkan untuk pelaksanaan sistem INA-CBGs
3.	Tersedianya alat-alat kantor (komputer dan lain-lainnya) di ruang rekam medic	-	-	Masing-masing koder disediakan satu komputer.
4.	Buku panduan untuk koder	-	-	Masing-masing buku panduan ICD-9 dan ICD-10 disediakan sebanyak 3 paket.
5.	Pegawai BPJS yang bertugas di rumah sakit	-	-	Ada 2 pegawai BPJS yang bertugas di RSUD Tenriawaru
6.	Ruang khusus untuk menyimpan rekam medis pasien	-	-	Rekam medis pasien yang telah diinput kemudian disimpan di ruangan khusus

				penyimpanan rekam medis pasien
7.	Pembangunan gedung rumah sakit		-	Rumah sakit melakukan pengembangan ruang bayi dengan melakukan pembangunan ruang perawatan PICU.
8.	Laporan pendapatan/pemasukan rumah sakit selama pelaksanaan sistem INA-CBGs (tahun 2015-pertengahan tahun 2017)		-	Laporan pemasukan rumah sakit menunjukkan terjadi peningkatan pendapatan rumah sakit selama pelaksanaan sistem INA-CBGs, bahkan melebihi target yang ditentukan.

## DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1  
Wawancara dengan informan (Kabag Rekam Medik dan Wadir Pelayanan Medik)



Gambar 2  
Wawancara dengan Informan (Kasubag Perbendaharaan & Remunerasi dan Staf Pengelola BPJS)





Gambar 3

Wawancara dengan Informan (Staf Pengelola BPJS)  
(Pasien)



Gambar 4

Wawancara dengan informan



Gambar 5

Wawancara dengan Informan (Pasien)





Gambar 6: Ruang Penyimpanan Rekam Medis BPJS



Gambar 7 : Ruang Layanan



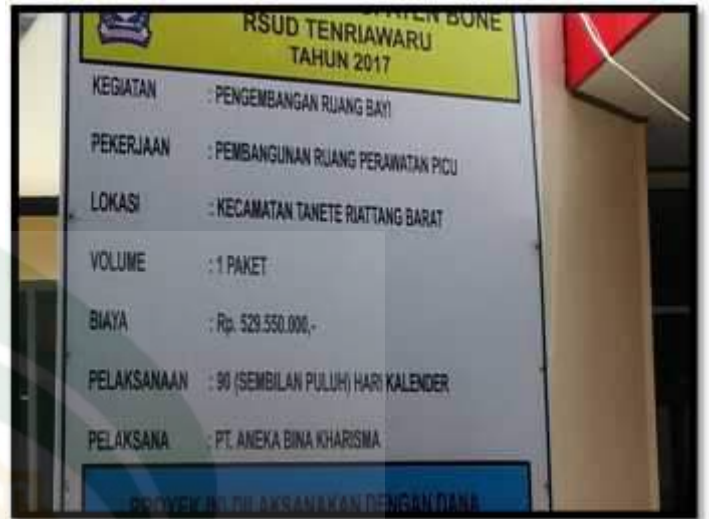
Gambar 7 : Pengambilan No.Antrian



Gambar 8: Loket Pendaftaran



Gambar 9 : RSUD Tenriawaru Kab.Bone  
Pembangunan



Gambar 10 : Papan Pemberitahuan

## **RIWAYAT HIDUP PENULIS**



Nur Alam Syam lahir di Watampone, Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 03 Juli 1995. Penulis merupakan anak keenam dari enam bersaudara. Penulis memulai pendidikannya di SDN 24 Macanang pada tahun 2001, kemudian melanjutkan pendidikan ke tingkat menengah pertama di SMPN 05 Watampone pada tahun 2007. Setelah lulus, penulis kemudian melanjutkan pendidikannya ke tingkat menengah atas di SMA Negeri 4 Watampone pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke tingkat perguruan tinggi dan terdaftar sebagai Mahasiswa di Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada tahun 2013 di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar sampai sekarang.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R